

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

TOME XVII

TABLE ALPHABÉTIQUE

PAR NOMS D'AUTEURS

17e Année. 2e Série. Vol. IV.

L'ODONTOLOGIE

« LA REVUE INTERNATIONALE D'ODONTOLOGIE » ET « L'ODONTOLOGIE » RÉUNIES

(Dirigées par **Paul DUBOIS** de 1880 à 1896)

Organe de l'Association générale des Dentistes de France, de l'École dentaire de Paris et de la Société d'Odontologie de Paris

---

TOME XVII (1er Semestre 1897)

Orné de 39 fig. dans le texte et de 10 planches hors texte.

SIÈGE SOCIAL, RÉDACTION ET ADMINISTRATION

A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE, 45

PARIS

TOME XVII

TABLE DES PLANCHES ET GRAVURES

Planches hors texte.

Figures

17e ANNÉE. N° 1. JANVIER 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX.

CIMENT AU FLUOR ET A L'ALUMINIUM

(NOUVEAU CIMENT DENTAIRE)

Par M. le Dr TELSCHOW.

L'emploi de l'aluminium en prothèse dentaire durant plusieurs années m'a permis d'observer un intéressant phénomène, lequel m'a conduit à préparer un nouveau plombage. J'ai remarqué, en effet, que par suite de la manipulation spéciale à laquelle on soumet l'aluminium en prothèse, il se forme sur la plaque d'aluminium un silicate, qui permet à ce métal dans la bouche de résister à l'action des sécrétions buccales, tandis qu'autrement il se décompose. C'est ce qui m'a amené à préparer un nouveau plombage au ciment en employant de l'oxyde d'aluminium silicaté et de l'acide fluorhydrique. Tandis que nos plombages au ciment, composés d'acide phosphorique et d'oxyde de zinc, se décomposent, comme on sait, plus ou moins vite dans la bouche, il se forme dans mon nouveau plombage, par suite de la production du silicate insoluble, un produit résistant aux acides, qui adhère fortement à la dent et prend un aspect brillant, semblable à l'émail de la dent. On obtient ainsi un ivoire artificiel, ce qui s'explique par ce fait connu que l'émail naturel se compose en grande partie de fluorure de calcium, qui lui donne sa grande dureté et sa résistance. Je suis convaincu d'avoir trouvé dans mon nouveau plombage ce qui nous manquait jusqu'à présent, c'est-à-dire un obturant idéal. Toutes les matières obturatrices employées jusqu'ici laissaient, en effet, beaucoup à désirer : si elles sont durables, comme les obturations de cuivre, d'amalgame ou d'or, elles ont un aspect dépourvu de naturel ou elles décolorent la masse dentaire et noircissent les dents ; les obturations à l'amalgame qui restent blanches éprouvent toujours une contraction en durcissant et ne peuvent pas dès lors adhérer hermétiquement aux parois de la cavité, ce qui amène aisément l'hypérémie de la dent.

Un plombage au ciment, qui a de plus l'aspect de la dent, qui dure, nous faisait défaut ; il existe maintenant dans mon nouveau plombage. Si l'on considère, en outre, combien l'insertion des au-

rifications est gênante pour les patients, on donnera assurément la préférence à mon nouveau plombage au fluor et à l'aluminium, aisé à introduire et qui n'exige pas l'emploi de la digue, souvent douloureux.

Il convient également d'ajouter que l'acide fluorhydrique agit très favorablement sur les dents à racine malade et écarte rapidement toute inflammation ; en outre, que mon nouveau ciment s'adapte parfaitement à la pose de couronnes sur des chicots, qui prennent ainsi un aspect naturel. Je puis donc, d'après cette description et les essais heureux qui ont été faits, recommander chaudement mon nouveau plombage à mes confrères.

Mode d'emploi.

Le plombage est d'une application pratique aux endroits où l'on peut l'introduire complètement sec dans les dents. Il ne nécessite par conséquent pas l'emploi de la digue ou des moyens de rétention de la salive. Pour préparer le plombage *Fluoride* il est besoin d'un verre de liquide (*a*) et d'un verre de poudre (*b*), puis d'un flacon de gutta-percha et d'acide fluorhydrique (*c*), avec lequel on mélange le liquide ci-dessus à un tiers d'acide dans le verre à réaction qui y est annexé. (Le récipient servant à l'acide (*d*) est destiné à renfermer le verre à réaction.)

Il faut être très prudent en faisant le mélange, car, comme on le sait, l'acide fluorhydrique est un liquide très corrosif, qui pourrait occasionner de graves lésions de la peau. Il convient donc de s'envelopper d'un chiffon la main avec laquelle on tient le verre à réaction et de verser l'acide goutte à goutte jusqu'à ce qu'on ait mis à vue d'œil la quantité prescrite. Si, malgré cela, il tombait un peu de liquide sur les doigts, il faudrait se laver les mains immédiatement avec du savon.

Puis on ferme le verre et on agite soigneusement le liquide, ce qui l'échauffe. Le liquide est prêt alors pour la préparation du plombage, laquelle consiste à le mélanger avec autant de poudre qu'il en faut pour obtenir une masse aisément pétrissable. Celle-ci ne durcit pas trop vite, de sorte qu'on peut en faire plusieurs plombages.

La cavité à obturer doit être bien desséchée et, au moyen d'un tampon de ouate, être imprégnée de la solution du flacon (*e*), après quoi on y insuffle de l'air chaud. Le plombage introduit mou ne doit pas être dérangé dans son travail de cohésion par la pression durant le durcissement. J'ajoute qu'à chaque nouvel usage il faut bien remuer et bien secouer ce liquide, car il se forme un dépôt; il ne faut pas non plus préparer une trop grande quantité de mélange, parce que celui-ci, au bout de 8 jours environ, se décompose suivant que le temps est sec ou humide, ce qu'on remarque en ce que le plombage, quand on le touche, devient chaud et prend la consistance du sable. Le mélange du plombage se fait au moyen de la spatule jointe à la boîte, et le polissage au moyen d'acier à polir maintenu bien propre ; cette dernière opération, si cela est pos-

sible, ne doit être effectuée que le lendemain. On frotte à la surface et l'on enduit le plombage placé frais avec la solution de vernis du flacon (*f*).

Le plombage terminé présente une surface brillante, et, si l'on a trouvé la couleur de la dent par le mélange avec les poudres colorantes annexées, l'obturation offre un aspect naturel et ne peut se distinguer de l'émail de la dent. Avec quelque habitude on obtient exactement ce qu'il faut et on arrive à avoir un plombage qui dépasse en aspect naturel et en résistance tous les autres ciments dentaires. Tout cela est le résultat de l'expérience ; mais le succès dépend essentiellement de l'observation rigoureuse des instructions.

Le liquide (*a*) se compose d'acide phosphorique.

La poudre (*b*) se compose d'un sel d'aluminium et d'oxyde de zinc.

Contenu du flacon (*c*) : acide fluorhydrique.

Contenu du flacon (*e*) : solution de sublimé.

COMPLICATIONS CAUSÉES PAR UNE CARIE DU 4e DEGRÉ MÉCONNUE,

Par M. Poinsot.

M. Léonard Dumoutiers, âgé de 19 ans, né à Villiers-Saint-Orien (Eure-et-Loir), ouvrier électricien, ayant une 1re grosse molaire supérieure gauche à carie infectante, fait pour la première fois un abcès gingival au niveau de cette dent le 14 juillet 1895. Les douleurs ne sont pas trop vives et l'affection ne présente aucun phénomène d'acuité bien grave ; au bout de quelques jours l'abcès a complètement disparu.

Dans le courant de décembre, la dent est cause d'une nouvelle poussée inflammatoire ; un nouvel abcès gingival se forme, mais pour ne pas disparaître complètement cette fois et pour donner lieu à des alternatives de calme et de poussées aiguës jusqu'au 1er février 1896.

A cette date, la joue s'étant subitement gonflée et des douleurs insupportables s'irradiant dans la cavité orbitaire, le malade se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. La joue d'un volume énorme, rouge, avec la peau chaude et tendue, présente tous les symptômes d'une fluxion phlegmoneuse diffuse ; le tissu cellulaire de la paupière inférieure est également très pris.

Faute de lit dans le service, on se contente simplement, sans chercher davantage l'origine de l'affection, de faire immédiatement une incision horizontale de la joue sur 3 centimètres de longueur et à deux travers de doigt de l'apophyse malaire. Beaucoup de pus en sort. Tous les deux jours le malade vient au pansement externe du service où l'on fait écouler le pus, lave l'incision et laisse un drain. Cela, pendant deux mois.

Au bout de ce laps de temps le malade se sentant de plus en plus faible, toussant beaucoup et ayant des transpirations toutes les nuits, s'inquiète et va à la consultation médicale de l'Hôtel-Dieu ; il est admis dans un service de médecine.

Pendant son hospitalisation à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr X. s'occupe de son affection de la joue ; il lui fait passer un séton du vestibule de la bouche à l'incision faite précédemment à Saint-Antoine. Malgré ces soins, la suppuration ne tarit pas et une fistule s'ouvre à la paupière inférieure.

Pendant deux mois, le malade reste à l'annexe de l'Hôtel-Dieu. Durant ce séjour, ayant entendu dire par un étudiant que l'extraction de la dent ferait tout cesser, il demande au Dr X. l'autorisation d'aller au service dentaire. Mais celui-ci s'y oppose, craignant que l'extraction n'amène des complications du côté de l'œil.

Enfin, après un séjour assez long à la campagne, le jeune malade, ne voyant pas de guérison pour sa joue, vient nous consulter à l'asile Sainte-Anne. Sur le récit de son odyssée, désirant mettre notre responsabilité à couvert et nous éclairer de conseils expérimentés, nous envoyons demander à M. le Dr Y., de Lariboisière, s'il ne voit aucun inconvénient à pratiquer l'extraction de la 1re grosse molaire supérieure gauche, cause de tous ces ennuis. Sur sa réponse affirmative, nous pratiquons l'opération le 16 juin, et, huit jours après, toute trace de suppuration avait disparu.

DEUXIÈME CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

(Session de Nancy.)

PRÉSENTATION D'UNE TABLETTE DENTAIRE MÉTALLIQUE

Par M. Ch. Godon.

Les progrès de la bactériologie ont transformé le matériel opératoire pour toutes les opérations chirurgicales. La nécessité de soumettre à de hautes températures les divers instruments en a fait modifier la composition ; l'emploi de bains antiseptiques composés de substances chimiques a imposé comme récipients des vases en verre ou en métal.

La chirurgie dentaire a dû, comme la chirurgie générale, adopter ces nouveaux procédés, et c'est ainsi que nous avons vu les divers instruments que nous employons se modifier peu à peu : aux ciselures et aux ornements de nos anciens instruments se sont substituées les surfaces lisses et polies du nickel et de l'acier.

En fait de tablette dentaire mobile, qui a une certaine importance comme table pour déposer les instruments et meuble pour les renfermer, on s'en tient encore aux élégantes tablettes de Holmes et d'Allan qui ont surtout pour but : 1° de renfermer tous les instruments nécessaires au dentiste ; 2° de lui permettre d'avoir

sous la main dans le cours d'une opération les instruments dont il a besoin. Les nécessités de l'antisepsie ont condamné ces meubles capitonnés, véritables écrins à bijoux, mais aussi lieux de refuge pour les germes pathogènes, comme le faisait si bien remarquer M. Schwartz dans une récente communication. Il faut que la tablette réponde aux nécessités de notre pratique, c'est-à-dire qu'elle puisse être rendue facilement aseptique, et, pour cela, il faut qu'elle soit en verre ou en métal.

Je me suis déjà élevé à la Société d'Odontologie contre certains auteurs de communications qui voudraient appliquer *dans le cabinet même du dentiste* toutes les rigoureuses prescriptions du bactériologiste. Après en avoir sincèrement tenté l'application dans ma pratique, je reconnais que, pour un chirurgien-dentiste même peu occupé, il est impossible de faire dans le *cabinet d'opérations* après chaque patient, une antisepsie un peu soignée de son matériel opératoire.

L'antisepsie est exigeante ; pour être sérieuse, elle doit être faite en dehors du cabinet, dans une pièce spéciale, le laboratoire par exemple, avec une installation appropriée. Dans le cabinet on ne peut que confirmer la désinfection des instruments en les passant à la flamme ou dans un bain antiseptique avant de s'enservir.

Aussi les installations en vue d'obtenir une antisepsie absolue des instruments dans le cabinet même, telles que l'autoclave, etc., ne peuvent-elles être pratiquement utilisées. Elles ne sont souvent là que pour faire croire à des pratiques rigoureuses de l'antisepsie, pourtant inapplicables dans le cabinet du dentiste.

Laissons donc de côté ces exagérations de l'antisepsie et bornons-nous à une désinfection rationnelle ; c'est ce que j'ai en vue de faciliter dans cette communication.

Pour éviter le nettoyage sur place, toujours insuffisant, j'avais, l'année dernière, fait faire des plateaux mobiles en métal, destinés à recouvrir la tablette mobile. L'opération terminée, l'aide devait emporter au laboratoire, pour les désinfecter, tous les instruments dont on s'était servi, avec le plateau sur lequel ils étaient déposés, et remplacer celui-ci par un autre plateau semblable, aseptique, avec les instruments précédemment employés et désinfectés. Ayant obtenu de très bons résultats de cette manière de procéder, j'ai pensé à transformer notre tablette en une série de plateaux analogues. Après quelques tâtonnements j'ai obtenu le modèle que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

Fabriquée par M. Anthoine, cette tablette est en pièces toutes démontables, pouvant, au gré de l'opérateur, contenir un nombre plus ou moins grand de plateaux à instruments.

Elle se compose :

1° D'un cadre en métal, qui peut être fait plus ou moins haut selon le désir du praticien ;

2° D'un nombre variable de plateaux-tiroirs en métal, divisés par des tringles mobiles en forme de croix en autant de compartiments que l'on veut ;

3° De plateaux en métal pour le dessus dê la tablette.

Chacune des parties de la tablette est mobile ou démontable et peut être désinfectée séparément. De même, la tablette tout entière peut être désinfectée. Cette table n'est destinée qu'à recevoir les instruments pour lesquels l'antisepsie est nécessaire, tels que miroirs, rugines, fraises, instruments à nettoyer.

Quant aux autres instruments ou matériaux nécessaires au dentiste, ils peuvent prendre place dans un meuble à tiroirs quelconque ou même dans l'ancienne tablette.

J'ai pu ainsi obtenir chez moi, d'une manière pratique et rapide, le fonctionnement régulier d'un service antiseptique très rigoureux de mon matériel opératoire.

En résumé, j'admet qu'il faut, après chaque opération, faire l'antisepsie des instruments dont on s'est servi; mais celle-ci doit, pour être sérieuse, être faite dans une salle spéciale et avec une installation spéciale par un assistant habitué à cela, car dans le cabinet, ainsi que je l'ai dit en commençant, on ne peut pratiquement que confirmer l'antisepsie par le passage des instruments à la flamme ou dans une solution antiseptique.

Séance du vendredi 14 août (après-midi).

La séance est ouverte à 1 h. 1/2, sous la présidence de M. le Dr Guénard.

M. le Président. — La parole est à M. le Dr Sauvez.

M. le Dr Sauvez. — Nous avons à vous faire deux communications en dehors de l'ordre du jour.

L'anesthésie, découverte en 1844, a été importée en France en 1846. Un comité s'est formé pour fêter comme il le convient le cinquantenaire de cette grande découverte.

Ce Comité est ainsi composé :

M. le Prof. Cornil, président (Académie de médecine).

M. le Dr Lucas-Championnière (Association de la presse médicale).

M. le Dr Picqué (Association française de chirurgie).

M. le Dr Reclus (Société de chirurgie de Paris).

M. le Prof. Lannelongue (Association générale des médecins de France).

M. A. Petit (Association générale des pharmaciens de France).

M. de Marion (Syndicat des dentistes français).

M. Marcel Baudoin (Secrétaire général).

Je vous propose donc l'ordre du jour suivant :

Les Congressistes réunis à Nancy au 2e Congrès dentaire national adressent leur adhésion au Comité d'organisation des fêtes du cinquantenaire de l'anesthésie et sont heureux de rappeler que cette belle découverte est le plus brillant titre de gloire dont s'honore notre profession. (*Applaudissements.*)

Voici la seconde communication : Vous savez tous que la loi de 1892 défend l'emploi des anesthésiques aux dentistes non diplômés. Nous pensons qu'il y a lieu de faire une différence entre les diffé-

rents anesthésiques et que l'emploi des réfrigérants pourrait parfaitement être autorisé. Il ne faut pas que ceux qui sont diplômés empêchent les autres de se servir de ce moyen utile. En conséquence, nous avons rédigé l'adresse suivante que nous soumettons à votre approbation. (*Applaudissements.*)

Le Bureau propose :

Les Congressistes réunis à Nancy au 2e Congrès dentaire national émettent le vœu que les pouvoirs publics ne voient pas dans l'emploi des anesthésiques locaux par manœuvres externes une atteinte à la loi de 1892 et qu'ils laissent ce mode d'anesthésie par réfrigération à la disposition des dentistes exerçant en France comme patentés avant le 1er janvier 1892.

M. Schwartz. — A la réunion de mai de l'Association des dentistes du Sud-Est, nous avons discuté la valeur des anesthésiques et commenté le jugement du tribunal de Montbéliard. Lors de la discussion de la loi, j'avais fait un rapport, que j'ai envoyé à un certain nombre de sénateurs. Dans ce rapport j'exposais mes opinions personnelles et je disais qu'il pouvait parfaitement se faire que les dentistes présentassent un anesthésique moins dangereux que le chlorure d'éthyle par exemple et qu'il serait fâcheux d'empêcher le public de profiter des bienfaits de la science. Enfin, j'émettais l'avis qu'il serait possible de permettre l'emploi des anesthésiques qui n'ont pas d'action sur l'économie générale et nous avons décidé que notre Société soutiendrait ceux de nos collègues qui seraient poursuivis dans un cas semblable.

M. le Président. — Je vais résumer les propositions qui viennent de vous être soumises :

1° Célébration du cinquantenaire de la découverte de l'anesthésie ;

2° Pétition aux pouvoirs publics pour que tous les dentistes aient l'autorisation d'employer les anesthésiques par manœuvres externes.

Il reste bien entendu que les injections de cocaïne ne sont pas comprises parmi ces derniers.

Les deux propositions, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

Séance du samedi matin 15 août.

Présidence de M. le Dr Guénard.

DE LA CARIE DENTAIRE CHEZ LES ANIMAUX SAUVAGES EN CAPTIVITÉ.

Par MM. Ch. Charpentier et P. Stévenin.

Nous ne venons pas vous présenter des considérations nouvelles sur la carie dentaire. On sait depuis longtemps que les animaux n'en sont pas exempts et notre distingué confrère M. Francis Jean a même eu l'occasion de faire une communication sur les soins par

lui donnés à la dent d'un éléphant. Mais on ignore dans quelle proportion les dents cariées peuvent se rencontrer chez les animaux. Il nous a semblé intéressant de chercher à le savoir et c'est à cela seul que se borne notre travail.

Mais nous ne parlerons aujourd'hui que des animaux sauvages, réservant les animaux domestiques pour une autre communication. Nous n'avons pas essayé de pratiquer cette enquête sur les animaux en liberté, pour plusieurs raisons que vous devinez.

Nous pensons que, si la captivité a une influence sur la carie dentaire, modifiant les conditions de vie normales de l'individu, elle doit plutôt tendre à l'accroître. De sorte que, si nous trouvons que la carie est rare chez les animaux en captivité — et disons tout de suite que tel est le résultat de notre enquête, — nous croyons pouvoir conclure d'une façon générale à la rareté de la carie chez les animaux sauvages.

Les hôtes de nos muséums sont peu nombreux : on trouve à peine 1 ou 2 individus par espèces et beaucoup d'espèces manquent ; mais, au muséum d'histoire naturelle de Paris, on conserve les crânes de tous les sujets décédés, et l'un de nous ayant eu la bonne fortune, grâce à la bienveillance de M. le Professeur Filhol, d'être autorisé à étudier ces réserves, en complétant cet examen par celui des crânes placés dans les galeries, nous avons pu observer un nombre d'individus assez considérable pour que notre statistique ait quelque valeur.

Nous avons examiné, en effet, les maxillaires de près de 3.000 individus dans toute la série animale. C'est le résultat de cet examen que nous allons vous exposer.

Tout en dirigeant notre attention spécialement sur la carie dentaire, nous avons noté incidemment un certain nombre d'anomalies de volume, de forme, de siège, de nombre, etc. Nous avons observé également des dents érodées, ce qui viendrait confirmer une fois de plus, si c'était nécessaire, que l'érosion n'est pas due à la seule syphilis, les animaux étant exempts de cette affection.

SIMIENS

Ancien continent, anthropoïdes : 10 chimpanzés, 4 caries, 1 érosion. — 27 gorilles, 5 caries, 3 anomalies ou érosions. — 60 orangs, 1 anomalie. — 31 gibbons, 53 cynocéphales, 8 caries, 4 anomalies et érosions. — 29 cercopithèques. — 12 magots, 2 caries. — 73 macaques, 3 caries, 7 anomalies. — 3 babouins. — 24 semnopithèques, 2 caries. — 3 mandrilles, 1 carie ; soit 25 caries pour 325 singes de l'ancien continent.

Nouveau continent, platyrrhinins : 69 callitrix, 2 caries, 3 anomalies. — 24 hurleurs. — 10 sakis. — 14 atèles, 25 sajous, 1 carie. — 6 ériodes. — 1 hapale. — 13 ouistitis. — 6 nyctipithèques. — 7 saïmiris. — 15 divers.

3 caries pour 189 singes du nouveau continent [1].

1. A propos des simiens nous devons faire une observation. Vous le savez,

LEMURIENS 17, 1 carie.

3 lemurs. — 4 galéopithèques. — 1 propithèque. — 9 makis, 1 carie.

INSECTIVORES 125, pas de carie.

32 taupes. — 4 hérissons. — 2 cladobates. — 4 canrecs. — 1 chrysoclore. — 4 macrocélides. — 12 musaraignes. — 1 condylure. — 64 divers.

CHEIROPTÈRES 44, pas de carie.

4 vampires. — 4 pyllostomes. — 6 vespertillos. — 10 cynonyctis. — 1 mégaderme lyre.

Frugivores : 19 ptéropus (roussettes).

CARNIVORES 752, 9 caries.

Felis: 24 panthères, 2 caries. — 8 jaguars. — 4 guépards. — 8 ocelots. — 5 caracals. — 1 marguay. — 3 servals. — 8 lynx. — 10 tigres. — 10 lions. — 10 cougouars. — 1 chat-tigre. — 1 chat longibande. — 1 chat d'Islande. — 5 chats domestiques, 2 caries.

Canis : 104 chiens (dont 1 de Colombie, 1 des Tourbières, 2 d'Islande, 1 d'Algérie), 2 caries. — 3 métis chien et loup. — 17 loups. — 4 loups des prairies, 1 carie. — 27 chacals. — 59 renards (dont 1 renard blanc du Spitzberg), 1 anomalie.

Hyénidés : 10 hyènes, 1 érosion. — 4 protèles.

Viverridés : 11 civettes. — 12 genettes. — 2 hemigales. — 12 paradoxures. — 1 euplère. — 1 cryptoproctaferox. — 29 mangoutes. — 3 melogales. — 1 suriaste. — 3 galidies. — 5 mangues. — 2 cynictis. — 1 ichneumon. — 1 urva.

Mustelins : 14 martes. — 6 mouffètes. — 3 mydaus. — 2 furets. — 4 hermines. — 9 fouines. — 11 putois. — 4 taïras (galictis). — 3 pagumes, 1 carie. — 36 loutres, 1 anomalie. — 11 blaireaux. — 1 glouton. — 4 ratels. — 1 zibeline. — 5 visons. — 11 zorilles. — 3 ambleiodons. — 10 belettes.

Sub-ursus : 3 pandas. — 12 ratons. — 10 coatis-nasua, 1 carie. — 56 ours. — 5 caries.

Amphibiens : 16 morses. — 44 phoques. — 34 otaries, 1 anomalie.

RONGEURS 279, 1 carie.

7 lièvres. — 6 lapins. — 7 cochons d'Inde. — 5 agoutis. — 7 cabiais. — 8 pacas. — 7 porcs-épics, 1 carie. — 4 ctenomys. — 5 viscaches. — 7 myopotames. — 1 lagotis. — 10 rats. — 1 rat perchal. — 1 surmulot. — 64 genre mus. — 15 campagnols. —

---

ces animaux ne supportent pas notre climat, ils succombent rapidement à la tuberculose pulmonaire, et comme on importe le plus souvent des animaux tout jeunes, il est probable que la proportion des caries serait plus élevée si elle avait été observée dans une région où les singes vivent un nombre normal d'années. Cette remarque est surtout importante, parce que c'est dans cet ordre que nous avons constaté le plus grand nombre de caries et, d'un autre côté, c'est celui qui se rapproche le plus de l'homme.

15 castors. — 1 synethéres. — 1 mara. — 25 écureuils. — 12 marmottes. — 1 echimys. — 12 ondatra. — 1 ericetomys. — 56 divers.

PROBOSCIDIENS 27, pas de carie.

16 éléphants. — 11 damans.

RUMINANTS 275, pas de carie.

1 dromadaire. — 5 chameaux. — 3 lamas. — 2 girafes. — 30 cerfs. — 6 chevreuils. — 4 élans. — 5 rennes. — 46 antilopes. — 3 chamois. — 2 vigognes. — 6 chèvres. — 28 moutons. — 6 mouflons. — 1 zébu. — 37 bœufs d'Asie. — 10 bœufs d'Amérique. — 28 bœufs d'Europe. — 2 ovibos. — 9 buffles d'Algérie. — 41 divers.

PORCINS 138, 3 caries.

17 sangliers. — 48 cochons, 3 caries. — 13 pecaris. — 3 tagnicatis. — 26 babiroussas. — 9 phacochères. — 22 hippopotames.

JUMENTÉS 60, pas de carie.

20 rhinocéros. — 19 tapirs. — 26 chevaux. — 7 ânes. — 2 mulets. — 2 barbeaux. — 3 hémiones. — 1 zèbre.

ÉDENTÉS 21, pas de carie.

1 cachiane. — 9 tatous. — 1 clamydophore. — 3 cabassous. — encoubert. — 1 oryctérope. — 5 unaux.

CÉTACÉS 86, pas de carie.

10 cachalots. — 24 dauphins. — 7 phocœnas. — 14 endodelphins. — 10 rodelphins. — 3 platamistes.
Herbivores: 13 lamantins. — 10 dugongs.

MARSUPIAUX 144, 3 caries.

Phytophages : 32 kangouroos. — 2 halmatures. — 49 phalangers. — 6 phascolomes. — 3 koalas.
Creatophages : 7 peramelès. — 1 chœrope. — 12 dasyures. — 1 myrmecobie. — 4 rhylacines. — 1 bettongia. — 26 sarigues, 3 caries.

REPTILES 135, pas de carie.

Crocodiliens : 31 crocodiles.
Sauriens : 24 varans et d'autres genres.
Ophidiens : 8 tropidonotus (couleuvres). — 1 cosmiosophis. — 3 periops. — 3 comastes. — 1 eunectes. — 2 heterurus. — 2 erythrolampus. — 2 cylindrophis. — 2 coronella. — 2 herterodons. — 1 spilifer. — 8 boas. — 2 calamarias. — 4 amphiesmas. — 1 rhinectis. — 3 zamenis. — 3 psammophis. — 1 masticophis. — 1 epicrates. — 2 spilotes. — 1 tortrix. — 1 salvandora. — 1 eryx. — 1 zenopeltes. — 2 coryphodons. — 1 leptophis. — 1 lycodon. — 1 oxybelis. — 1 dipsas. — 1 drymus. — 1 sinotes. — 1 chrysopelea. —

1 tragops. — 5 pythons. — 1 herpetodryas. — 1 calopeltis. — 5 crotales.

BATRACIENS 66.

30 grenouilles ou crapauds. — 6 salamandres. — 30 divers.

POISSONS 119.

50 squalidés. — 10 genre baliste. — 50 divers.

Nous ajouterons une seule observation à cette longue énumération. On a prétendu que l'usage de la viande était un facteur de la fréquence de la carie dentaire. Combattant cette opinion, M. le Professeur Miller, de Berlin, dans son livre sur les microbes de la bouche, fait observer que la viande, en se corrompant, fournit de l'ammoniaque, corps alcalin qui n'attaque pas les dents, et que ce sont, au contraire, les aliments hydro-carbonés dont la décomposition pr· duit des acides.

Les faits que nous avons constatés seraient à l'appui de la thèse de M. Miller. Nous avons trouvé la carie bien moins fréquente chez les carnivores que chez les omnivores.

DISCUSSION

M. Stévenin. — Mon ami Charpentier et moi, comme je viens de vous le dire, nous avons examiné 3.000 crânes d'animaux, et, sur ces 3.000 examens, nous n'avons rencontré que 45 caries. Plus de la moitié de celles-ci se sont trouvées chez des singes. Mais il y a un point que je voudrais surtout faire ressortir, c'est qu'on a prétendu que l'usage de la viande était un facteur de la carie. Or, la viande, en se décomposant, donne lieu à la formation d'alcalins qui, eux, ne sont pas nuisibles pour les dents.

M. Godon. — Vous êtes-vous occupés des chevaux? Il existait, il y a quelques années, à New-York un vétérinaire qui traitait les dents des chevaux. On a vu enlever une dent, qui figure au Musée de l'Ecole dentaire, à un éléphant à la suite d'une mortification de la pulpe. Au Nouveau Cirque, M. Francis Jean a opéré un ours pour une mortification de la pulpe.

M. Stévenin. — Nous ne nous sommes occupés que des animaux sauvages. Nous verrons plus tard à étudier les animaux domestiques. Quant aux travaux de M. Francis Jean, je les ai rappelés.

M. Choquet. — Je n'étais pas présent à l'extraction de la dent de l'éléphant dont parle M. Godon, mais, autant que je puis me le rappeler, la dent en question, qui était une défense, a été traitée et non pas extraite.

Quant aux ours, on leur a sectionné la pointe des canines, puis on a cautérisé au thermo-cautère la pulpe qui avait été mise à nu. Ce n'était donc pas pour une mortification pulpaire. M. Francis Jean m'avait demandé de l'assister dans cette circonstance et nous avons pu, dans ce cas, faire des études assez intéressantes au point de vue de l'anesthésie rapide chez certains gros animaux.

De ces deux ours, l'un pesait 95 kilos et l'autre 110. Or M. Francis Jean a voulu endormir le premier avec du chloroforme seulement.

Malgré huit hommes, qui tenaient l'animal fixé au plancher aussi solidement qu'il était possible, il nous a fallu 35 minutes pour l'endormir et nous avons employé 250 gr. de chloroforme.

Pour le second, j'ai proposé d'employer la méthode mixte préconisée par Dastre, c'est-à-dire l'injection de morphine, atropine et eau distillée, suivie de chloroforme. L'animal étant solidement maintenu sur le dos, je fis, au pli interne de la cuisse, une injection d'un centimètre cube du mélange ci-dessus, mais concentré, de façon à avoir le même résultat qu'à l'ordinaire, c'est-à-dire que, pour obtenir l'anesthésie, on doit calculer l'injection à raison de 1/2 cent. cube par kilogr. de l'animal. Trois minutes après, la résolution musculaire était complète et il ne nous a fallu que 10 gr. de chloroforme pour parfaire l'anesthésie. A son réveil, l'animal présentait la démarche hyénique absolument caractérisée. Ne pouvant se tenir, on l'a porté dans sa cage où il a dormi pendant 36 heures sans s'éveiller.

TRAITEMENT IMMÉDIAT DES DENTS MORTES.

Par M. Amoëdo,

Professeur à l'Ecole Odontotechnique.

Je vais avoir l'honneur de faire en votre présence le traitement immédiat d'une dent morte (4e degré), tel que je le pratique journellement dans mon cabinet. Etant donné le peu de temps que nous avons à notre disposition, je ne m'étendrai pas longuement, je me bornerai simplement à vous expliquer, au fur et à mesure de l'opération, les différentes phases de la technique que je suivrai.

J'ai eu l'heureuse chance de trouver comme sujet un amateur des Congrès dentaires : M. Wirth fils, fabricant d'instruments à Paris ; cette circonstance nous permettra de suivre le malade dans le cours des Congrès ultérieurs et d'apprécier les résultats éloignés de cette opération.

Il s'agit d'une canine supérieure droite ; cette dent a été cimentée, mais l'obturation est tombée depuis longtemps. Le sujet ne se rappelle ni avoir souffert ni avoir eu de fluxion. La couronne se trouve actuellement complètement creuse, le canal est rempli de détritus alimentaires, de restes de pulpe putréfiés, le tout formant une masse infecte, noirâtre et fétide.

Avant de commencer l'opération, j'ai pour habitude de faire un lavage complet de la bouche, non seulement pour les dents infectées comme celles-ci, mais dans tous les cas, sans exception, avant d'introduire mes instruments dans la bouche.

Pour cela je me sers de la préparation suivante :

Phénosalyl du Dr Christmas	1 gr.
Salol	4
Glycérine	10
Oxycyanure de mercure	1
Saponine	0,10
Alcool à 90°	100
Essence de géranium rosat	5 gouttes
Carmin	9

Je mets quelques gouttes de cette préparation dans un verre d'eau de façon à la rendre d'un trouble opalescent.

Avec cette seringue (fig. 1) de mon modèle, que j'appelle Collège,

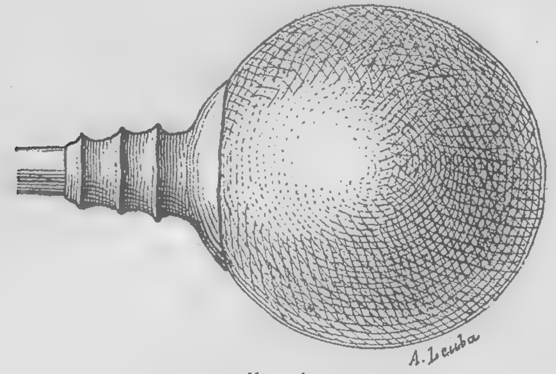


Fig. 1.

je projette fortement cette solution dans tous les coins de la bouche, principalement au travers des espaces interdentaires. Cette petite capsule (fig. 2) en caoutchouc, placée au bout de la canule, empêche le reflux des liquides en dehors de la bouche.

La bouche lavée, je travaille à me faire du jour en coupant de la couronne tout ce qu'il est nécessaire, jusqu'à ce que j'aie établi une entrée directe dans ces canaux radiculaires.

Pour cela il faut toujours avoir présente à l'esprit l'anatomie topographique de chaque dent. Dans le cas présent, c'est-à-dire pour les canines, il faut ouvrir au sommet même de la couronne, tandis



Fig. 2.

que pour les incisives supérieures l'ouverture doit se faire au centre du talon (fig. 3 et 4).

Pour les ouvertures de la couronne je me sers avantageusement des fraises allemandes à fissures dentelées (fig. 5). Mais il est toujours préférable de commencer par entamer l'émail avec une roue de corindon et ensuite, une fois la dentine mise à nu, on emploie les fraises que nous venons d'indiquer. La communication établie, je lave de nouveau ; ensuite, avec une sonde très fine je remue délicatement le contenu du canal, puis je lave en me servant cette fois d'une seringue (fig. 6) de mon modèle, de la contenance

d'un gramme, ayant une canule très fine en platine iridié. Cette partie de l'opération est très délicate, car il s'agit d'enlever tous les

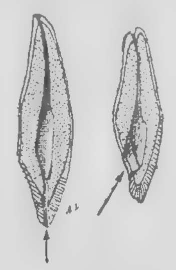


Fig. 3. Fig. 4.

détritus du canal sans les refouler à travers l'apex. On y arrive avec de la patience. Après avoir lavé plusieurs fois l'entrée du canal on introduit la canule jusqu'au fond, puis on la retire un peu, de

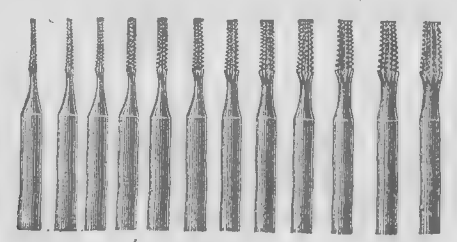


Fig. 5.

façon à laisser une sortie au liquide entre la canule et les parois. Cela fait, je m'applique à élargir le canal. On a inventé pour cette opération une foule d'instruments, mais les seuls que je puisse

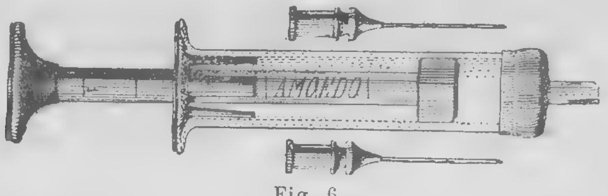


Fig. 6.

vous recommander sont les *Gates Glidden drills* (fig. 7); toutefois, pour bien s'en servir, il faut remplir certaines conditions. Pour les dentistes, en effet, qui ne sont pas suffisamment familiarisés avec l'anatomie des canaux radiculaires, qui ne sont pas munis de bons tours dentaires et de bonnes pièces à main, et enfin qui manquent de confort, d'habileté manuelle et de tranquillité d'esprit, pour ceux-là, comme dit notre confrère M. Choquet dans son rapport, l'élargissement du canal est une opération aveugle et dangereuse.

Un dentiste habile et muni de tous les outils nécessaires ne doit jamais casser son instrument dans les canaux et, s'il connaît bien

son anatomie dentaire, ce n'est pas pour lui une opération aveugle. Par la pratique on arrive suffisamment à sentir l'endroit où l'on se trouve dans l'intérieur d'un canal.

On doit commencer par ouvrir l'entrée du canal avec une fraise *Gates Glidden drills* large, puis on en introduit une autre fine, la laissant entrer délicatement avec des mouvements de va-et-vient jusqu'à ce qu'elle s'arrête d'elle-même ; on reprend la fraise large et on élargit alors avec celle-ci le chemin parcouru par la fine ; on doit laver constamment le canal avec la petite seringue.

Dans le cas d'anomalie de direction de la racine, il y a toujours au moins un centimètre de canal droit. Si l'on parvient à élargir cette

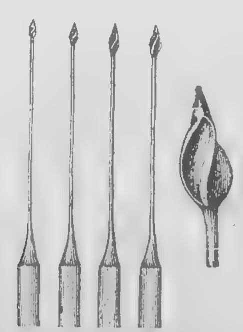


Fig. 7. — Improved Gates-Glidden Nerve-Canal Drills.

partie du canal et à la remplir d'une substance antiseptique, il y a tout lieu d'espérer que les microbes ou les ptomaïnes renfermés dans le bout du canal seront sinon stérilisés, tout au moins modifiés dans leur virulence.

J'ai l'habitude de tremper dans l'acide phénique pur la pointe de ces fraises, avant de m'en servir, de sorte que, si elles viennent à casser dans le canal, on peut les y laisser sans danger d'infection.

Ce que j'ai fait jusqu'à présent n'est que la partie mécanique, la plus importante de toutes. En effet, si l'on vient à traiter deux dents également infectées, l'une en mettant dans la chambre pulpaire des substances antiseptiques et l'autre nettoyée mécaniquement, avec son canal bien lavé jusqu'au fond, je crois, malgré que cela puisse paraître absurde, qu'il y a plus de chances de réussite pour la seconde opération que pour la première. Nous arrivons maintenant à la partie chimique. Là je me sers avec grand avantage du pyrozone 3 0/0 ou d'*hydrogène dioxide*. Ce sont des eaux oxygénées fabriquées en Amérique et qui présentent l'avantage de se conserver longtemps sans s'altérer. Elles conservent l'oxygène, même à la température de l'eau bouillante.

Lorsque je faisais des travaux pratiques de chimie médicale à la Faculté de Paris, j'y appris une formule de réaction pour reconnaître l'eau oxygénée et je profite de ce Congrès pour vous en faire part ; je ne l'ai vue décrite nulle part. La voici : on prend une solu-

tion d'acide chromique 5 0/0, on la verse dans l'eau oxygénée et on obtient une belle coloration bleue.

Ces eaux oxygénées ont la propriété chimique de mousser en présence du pus ; elles sont d'une grande utilité pour le diagnostic d'un abcès au bout d'une racine. Ainsi, lorsque le canal est mécaniquement nettoyé, si l'application de ces liquides donne issue à une mousse blanche, on peut affirmer qu'il s'agit d'un abcès au fond de la racine.

Ces eaux ont un pouvoir bactéricide des plus importants, elles servent aussi à blanchir les dents mortes.

Partie physique. — Ici c'est la chaleur qui va nous prêter son appui. D'abord il faut sécher soigneusement le canal avec des cônes de papier Joseph très fin et stérilisé, après on sèche avec l'appareil à air chaud (fig. 8) Francis Jean.

Maintenant je me sers de cette pointe (fig. 9) de mon modèle ; elle est composée d'une tige très fine en argent, vissée au bout d'une pointe en platine allant sur un thermo-cautère. En chauffant la pointe en platine, la chaleur s'irradie à l'argent. On introduit alors la tige dans le canal et on la pousse un peu brusquement vers l'apex. S'il y a des bouts de nerfs vivants au fond du canal, ils sont brûlés instantanément ; les microbes, ainsi que les détritus organiques, sont également carbonisés.

Il ne faut pas craindre de traverser l'apex, au contraire, car chaque fois qu'on peut atteindre l'apex, on est absolument sûr d'avoir un canal aseptique.

Dans tous ces cas on peut obturer définitivement, sans faire courir au malade le risque d'une périostite. A ce moment de l'opération les canalicules de la dentine, dégagés déjà de leur contenu par l'eau oxygénée, se trouvent secs et avides de liquide ; on profite de cette circonstance pour leur faire absorber une substance médicamenteuse *ad hoc*. Celle que j'ai trouvée la meilleure est l'éther iodoformé. Je l'applique avec cette seringue mon de modèle (fig. 10) ; elle a une capacité de quelques gouttes seulement. On introduit la canule, qui est en platine iridié, dans le canal et on donne un mouvement de va-et-vient au piston.

Le liquide pénètre alors dans tous les coins, jusqu'à l'intérieur des canalicules. Je donne la préférence à l'iodoforme à cause de sa persistance dans les canaux et parce que, malgré que les expériences de laboratoires aient prouvé son inefficacité comme bactéricide, les bienfaits de son action thérapeutique sur les tissus vivants sont surabondamment établis en clinique.

Dans le cas où je ne peux arriver à bien désinfecter le canal dans une seule séance, soit par manque de temps, soit par difficulté anatomique de la dent, ainsi que dans les cas d'abcès ou d'inflammation, je fais un pansement avec l'éther iodoformé.

L'iodoforme a le pouvoir d'atténuer la virulence des bactéries et des toxines. D'un autre côté il n'est pas irritant comme le sont les huiles essentielles, l'aldéhyde de formol, l'acide phénique, la créo-

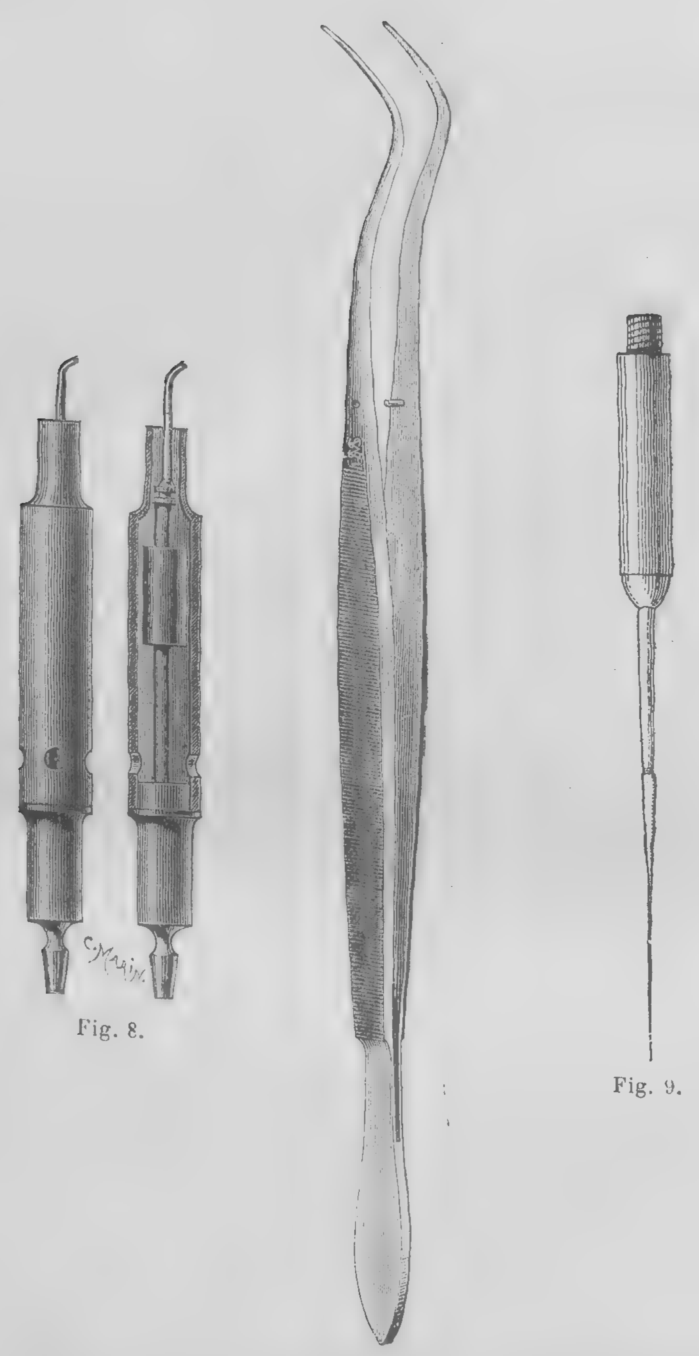


Fig. 8.

Fig. 9.

Fig. 11[1]. — Précelles pour porter les mèches dans l'entrée des canaux.

1. Ces précelles ont été inventées par le Dr Meriam, expressément pour le pansement des canaux, mais j'ai trouvé qu'elles sont aussi les meilleures pour porter l'or « Solila » du Dr de Trey dans les dents.

sote, etc. Son action sur les tissus dentaires est peu stimulante et active les phagocytoses locales.

Obturation.— Pour l'obturation définitive du canal je me sers d'une

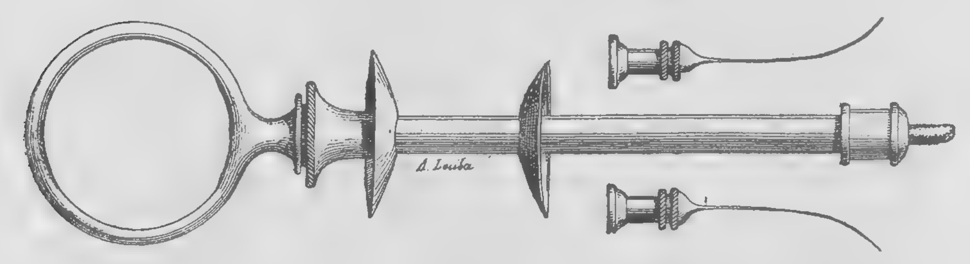


Fig. 10.

solution de chloro-percha au thymol, de la consistance de la crème. J'obture l'apex avec de petites mèches de coton sublimé, faites à l'avance par une assistante à la main très délicate ; elles sont très fines et leurs fibres sont parallèles les unes aux autres, sans être tordues. Ceci facilite énormément leur introduction dans le canal. Les bouts sont coupés avec des ciseaux, car, lorsque ces petites mèches forment des queues effilées, elles s'arrêtent aux parois de la carie et sont un obstacle pour les introduire dans le canal.

Ces mèches sont trempées dans la chloro-percha et introduites très délicatement dans le canal avec des sondes très fines et souples. Il faut de temps en temps couper le bout de ces sondes avec des ciseaux, car lorsque le bout devient trop pointu on pique à travers la mèche sans la pousser (fig. 11).

Le reste du canal est obturé avec des pointes en gutta-percha, que l'on trouve toutes faites, trempées dans le chloroforme. De la sorte on a un canal aseptique, rempli par une substance antiseptique non poreuse, non irritante, imperméable et facile à déboucher le cas échéant.

Maintenant je vais obturer la couronne avec du ciment. Il est prudent de ne pas faire le jour même l'obturation de la racine, une aurification ou toute autre opération exigeant plus ou moins de pression sur le périoste.

Finalement, j'applique sur la gencive de la teinture d'iode pure à saturation. Cela a pour effet de modifier la circulation autour de la racine et d'amener des phagocytes qui se chargeront de détruire les microbes qui auraient pu s'échapper de l'autre côté de l'apex.

A PROPOS DES MUTILATIONS DENTAIRES CHEZ LES SAUVAGES

Par M. Hess, de Montbéliard.

« Oh ! monsieur, sont-elles riches ces Américaines, et orgueilleuses ! Elles se fourrent de l'or jusque dans les dents. Quand elles ouvrent la bouche on croirait voir une mine d'or ! » Un brave gardien de musée, où venaient souvent des étrangères, me disait un jour cette phrase, qui, si elle faisait honneur à ses facultés d'observation, témoignait par contre de son entière ignorance de la technique dentaire actuelle. Se mettre de l'or dans les dents, il ne voyait là qu'une manifestation de richesse, qu'une preuve de luxe ! Il ne se doutait point de l'utilité de cette pratique, il la considérait simplement comme un moyen exotique d'embellissement. Il convient d'ajouter qu'il estimait que ce moyen contribue plutôt à enlaidir les personnes qui l'emploient.

Cette idée de l'embellissement par des modifications à l'aspect normal des dents, que ce bon gardien de musée prêtait aux Américaines riches ayant recours à l'aurificateur, existe à peu près chez tous les peuples sauvages.

Quelle est, chez des nègres surtout, dans une face noire, la partie du visage qui frappe le plus vivement les regards ? Ce qui est blanc, évidemment, c'est-à-dire les yeux, les dents. Il est donc tout naturel que, pour distinguer l'individu, pour le caractériser en l'ornant, on ait tout d'abord songé à modifier ces deux parties les plus apparentes de son visage. Toucher à l'œil était délicat ; on a dû se contenter des fards et des tatouages qui, bleuissant ou noircissant davantage les paupières, peuvent renforcer l'éclat et la blancheur de l'œil. Il est beaucoup moins dangereux de toucher à la dentition. Il y a surtout les deux grandes incisives supérieures qui offrent un vaste champ à la fantaisie des décorateurs sur matière vivante. Aussi que de mutilations partout la mode et le désir de plaire ou simplement de se singulariser d'abord, puis de s'enrégimenter, de se classer, de se cataloguer imposèrent-ils à ces deux malheureuses dents !

La nature avait donné en elles à l'homme sauvage le plus merveilleux des couteaux de table, celui qu'on est sûr de ne jamais oublier, et ce sauvage les a considérées comme de vulgaires jetons où son caprice pouvait inscrire des témoignages de beauté, des signes corporatifs ou des marques de race !

Ces dents superbes, admirables, dont les éléments, chez presque tous les primitifs, sont d'une vitalité à toute épreuve, une vaine recherche de beauté les a torturées, déformées ! Consultez les livres des voyageurs qui nous ont révélé le monde africain, les peuples asiatiques, les tribus américaines ; dans tous vous retrouverez des descriptions de mutilations dentaires.

Je n'ai point la prétention d'exposer ici une étude complète de ce sujet qui, pour être traité à fond, étant donné le nombre considérable des observations recueillies jusqu'à ce jour et dispersées encore

dans les récits des explorateurs, dans les mémoires des sociétés savantes, dans les publications spéciales, exigerait de gros volumes. Ces volumes sont à écrire. Pour un dentiste amoureux de l'histoire de son art — car les opérations nécessaires à ces mutilations peuvent, avec quelque bonne volonté il est vrai, se rattacher à la technique dentaire, — il y a là matière précieuse à travaux intéressants. Je la signale à ceux de nos confrères qui, plus érudits, plus patients aussi, ou tout au moins disposant de plus de temps que moi, voudraient apporter cette pierre volumineuse comme part de collaboration à la construction de l'édifice que les dentistes français auront l'honneur d'élever avant la fin de ce siècle.

Puisque je leur indique le sujet, qu'ils me permettent de leur fournir quelques notes, que j'emprunte aux documents, encore inédits, recueillis par mon frère au cours de ses voyages en Asie et de sa récente mission scientifique dans les bassins du Congo et du Niger.

Dans le bassin du Congo, chez de nombreuses tribus dont l'énumération serait trop longue, dans cette diversité de familles que les savants réunissent sous le nom général de Bantous, les mutilations portent principalement sur les deux grandes incisives supérieures.

Dans le bas fleuve on les arrache. Quand je dis on les arrache, c'est une manière de parler. Les noirs de cette région ignorent la pince, ce davier dont l'emploi serait nécessaire pour arracher. Le féticheur chargé de faire cette opération ornementale aux jeunes garçons arrivant à la puberté, c'est-à-dire à l'âge de plaire aux filles, fait littéralement sauter ces deux dents. Une simple pointe de fer, un primitif pied-de-biche, et ces deux incisives, malgré leur implantation solide, malgré leurs longues et tenaces racines, sautent comme de vulgaires chicots branlants, comme des dents de sagesse sans attache !

Quelques tribus de la rive nord du fleuve, jalouses de dépasser en « chic » leurs voisines et voulant compléter le trou ainsi fait à leur système dentaire, font sauter également les incisives inférieures. Mais ici ce n'est plus le nombre 2 qui est de mode ; le chiffre 3 reprend sa vertu, si grande chez les anciens et chez les primitifs : ce sont trois incisives qui sautent par le même procédé : une pointe de fer introduite entre la dent et l'os, un coup de maillet sur cette pointe, et il n'y a plus de dent ! Vous devinez que parfois la dent ne saute pas seule ; bien souvent un morceau du maxillaire l'accompagne ; il arrive même que, si l'os est trop résistant, la racine demeure. L'opération est brutale, barbare ; elle doit faire souffrir. Les jeunes garçons qui la subissent ne se plaignent cependant jamais de la douleur. Ils savent qu'elle les rendra beaux ! Et pour acquérir la moindre beauté supplémentaire, il n'est douleurs que l'on ne supporte vaillamment — chez les sauvages et aussi... chez les civilisés. Demandez plutôt aux jeunes élégantes qui s'écrasent la taille en ces étaux portatifs que sont les corsets.

Les accidents consécutifs à ces avulsions tellement spéciales sont assez fréquents.

Tous les voyageurs qui ont interrogé ces noirs pour leur deman-

der s'ils voyaient quelque utilité pratique à cette mutilation n'ont pu obtenir de réponse affirmative, et cela se conçoit. Avant de s'être habitués aux blancs qui, depuis la fondation de l'Etat indépendant du Congo, habitent ce pays en nombre relativement considérable, les nègres se montraient également très réservés pour expliquer dans quel but de beauté ils subissaient cette mutilation. Mais aujourd'hui ils sont plus explicites. L'un d'eux ne répondit-il point : « Tu me demandes pourquoi nous enlevons ces dents... tu ne devines donc point ? C'est pour donner plus de saveur au baiser ! » Devant pareille explication je crois que l'on ne peut que s'incliner. Elle est en tous cas de nature à modifier singulièrement les notions que l'on avait sur la psychologie de ces sauvages. Aurait-on jamais supposé tant de raffinement amoureux de la part de gens qui vont à peine vêtus, se contentent de huttes, de feuilles pour demeures et mangent Dieu sait comme !

Chapitre nouveau et non des moins curieux à ajouter à l'histoire de la coquetterie humaine ! Chez nous, qui se montrerait brèche-dents devant les jeunes filles serait peu goûté. Là-bas c'est précisément le contraire.

Quand on remonte le cours du Congo et que l'on arrive dans la région des cataractes, on trouve des tribus qui se croient beaucoup plus policées sur cette question de l'ornementation buccale. Là on n'arrache plus. Le bon Dieu, disent les féticheurs, nous a donné des dents ; on ne saurait les arracher volontairement sans lui déplaire. Ils les respectent donc, mais en les modifiant : ils les taillent ; ils n'en laissent subsister que le bord externe et une partie plus ou moins volumineuse parallèlement au collet. Avec de simples filets typographiques on peut en donner le dessin schématique suivant :

Incisives normales . Incisives après la mutilation . Cette forme est celle que les artistes opérateurs obtiennent pour les patients désireux de devenir tout à fait élégants. Elle est difficile à obtenir, exigeant d'une part beaucoup d'adresse, de l'autre beaucoup de résignation, et toujours beaucoup de temps. Le plus souvent on n'obtient que le résultat suivant , les incisives sont rasées par moitié suivant une diagonale de l'extrémité supérieure du bord interne à l'extrémité inférieure du bord interne.

L'opération est longue, douloureuse, exige de nombreuses séances. La dent est en effet sciée au couteau, avec une mauvaise lame de mauvais fer ! Quelques observateurs, qui ont noté cette mutilation sur la côte du Loango par exemple, ont écrit qu'elle s'opérait en taillant la dent au moyen d'une lame de fer jouant l'office de ciseau à froid et manœuvrée au maillet, la dent trouvant un point d'appui sur un morceau de bois. Mon frère n'a point observé cette pratique, mais celle du sciage, du limage. On pense bien que souvent les dents ainsi réduites sont attaquées par la carie. Les abcès du maxillaire surviennent également avec assez de fréquence.

Pour calmer les douleurs consécutives à cette opération, qui leur permettra de figurer avantageusement parmi les guerriers,

les jeunes sauvages « chiquent » du tabac réduit en poudre. Ils s'en mettent une pincée sur la langue, et obtiennent ainsi avec la salive une pâte au contact de laquelle la sensibilité des parties avivées se calme. Ils le disent du moins. Mais il est difficilement admissible qu'une pulpe mise à nu se contente d'un pareil traitement pour laisser tranquille le malheureux opéré. En tous cas ce dernier ne se plaint jamais.

Les noirs prétendent quelquefois que cette mutilation leur permet de manger plus facilement la viande. L'explication n'est guère plausible.

Elle le serait davantage de la part des indigènes du cours supérieur du Congo et des affluents nord de ce fleuve. Chez ces indigènes, chez les Bangallas et chez les Boubanghis par exemple, les incisives sont limées en pointe, ainsi

La mutilation porte parfois sur les quatre incisives supérieures. La physionomie qu'elle donne aux nègres qui l'affectionnent est singulièrement féroce. Il convient d'ajouter qu'ici c'est principalement le but recherché. On veut toujours être beau, c'est entendu ; mais l'idéal de beauté dépend de l'impression de férocité atteinte. Pour plaire à l'amie, aussi bien que pour effrayer l'ennemi, il est nécessaire que l'on ait l'air terrible. On n'en a pas que l'air, on en a aussi la chanson. Tous ces indigènes aux dents pointues étaient, il y a quelques années, d'enragés cannibales. Beaucoup le sont encore aujourd'hui, bien que cette horrible coutume se fasse chaque jour de plus en plus rare ou, plus exactement, soit moins avouée.

Quelques voyageurs ont contesté ce rapport de la mutilation des dents en pointe avec l'anthropophagie; mon frère le croit cependant réel. Partout où il a rencontré des indigènes affectant cette sorte de mutilation, au Congo, au Gabon, chez les Pahouins, au Bénin, il a noté que ces indigènes s'adonnaient ou s'étaient adonnés au cannibalisme.

Il y aurait encore bien des observations africaines à vous exposer sur ces « coutumes dentaires », mais, outre que toutes les mutilations en usage peuvent être rapportées aux trois « spécimens » dont vous venez d'entendre la description, s'il me fallait épuiser le sujet, je vous l'ai dit déjà, ma communication dépasserait de beaucoup les limites des mémoires dont la lecture est inscrite à l'ordre du jour des travaux d'un congrès.

Mais comme, autant qu'il est possible, tout ce qui se dit ici doit avoir des conséquences pratiques, je prendrai la liberté d'émettre un vœu auquel je vous demanderai de vous associer.

Il existe, je le sais, des instructions anthropologiques très étendues avec des questionnaires spéciaux, où l'article « dents, mutilations ethniques du système dentaire » figure avec beaucoup de détails.

Néanmoins notre Société ne pourrait-elle élaborer un programme de recherches, un questionnaire plus complet, fruit de votre collaboration commune, et que suivant les voies régulières, hiérarchiques, vous enverriez à tous les médecins qui voyagent ou séjournent en Asie, en Afrique, leur demandant de réunir en plus

grand nombre et avec plus de précision des observations nouvelles, qui permettraient enfin l'étude définitive de la dent chez les diverses races humaines ?

Je vous soumets l'idée. A vous d'en trouver la réalisation pratique. Je voudrais qu'à l'un de nos prochains congrès un confrère plus autorisé que moi pût nous annoncer que l'ouvrage désiré par tous est en bonne voie d'exécution.

L'HISTOLOGIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE DES DENTS

Par M. J. Choquet.

Malgré le nombre considérable de travaux qui ont été publiés sur les dents depuis plus de deux cents ans, l'étude de ces organes qui nous intéressent à tant de points de vue est encore relativement peu avancée, aussi bien sous le rapport de l'anatomie normale ou pathologique que sous le rapport de l'anatomie comparée.

Celui qui en aurait les moyens et qui ne voudrait traiter que la question dent, mais la traiter absolument à fond, passerait certainement sa vie entière sur ce sujet. C'est dire l'intérêt que présentent ces organes.

J'ai l'intention de vous soumettre aujourd'hui, grâce à des projections, quelques-uns des caractères typiques inhérents à l'anatomie normale, à l'anatomie pathologique et à l'anatomie comparée de la dent. Je ne m'occuperai que de l'organe complètement formé, laissant de côté les différentes phases de la formation de celui-ci. De même, je ne vous parlerai que des tissus durs qui composent la dent, et, pour ne pas créer de confusion dans votre esprit, je reprendrai séparément chacune des parties dures au fur et à mesure que j'en aurai fini soit avec l'anatomie normale, soit avec l'histologie pathologique ou encore avec l'anatomie comparée.

Pendant un certain temps on ne savait pas quelle dénomination exacte donner aux dents.

Pour Béclard, les dents n'étaient autre chose que des ostéoïdes implantés dans les maxillaires, au moyen des alvéoles. Pour Cuvier, ce sont des instruments mécaniques plus durs que les os, placés chez les animaux vertébrés à l'entrée du canal alimentaire, pour saisir et diviser les substances nutritives, ou encore pour servir de moyens d'attaque et de défense.

Enfin, d'après les définitions les plus récentes, ce sont des organes durs, d'une nature particulière, d'apparence osseuse, composés en grande partie de sels calcaires et servant à la mastication des aliments.

On peut dire, pour l'homme et les mammifères, que ces organes sont implantés sur le bord des maxillaires, au moyen d'alvéoles, mais il n'en est plus de même pour certaines espèces (vertébrés inférieurs) où l'on peut trouver des dents implantées jusque dans le pharynx.

Laissant de côté les parties molles qui composent la dent, voyons séparément chacune des parties dures.

Email. — L'émail est cette substance excessivement dure qui recouvre la couronne de la dent. Son épaisseur est variable suivant la dent et aussi suivant l'endroit où on l'observe.

Aussi, si l'on vient à examiner au microscope une coupe longitudinale d'incisive, de canine ou de molaire, on remarquera des différences absolument caractéristiques.

Sur l'incisive ou la canine on se trouvera en présence d'une sorte de cône renversé, portant sur la face qui correspond à la partie palatine ou linguale une sorte de concavité ou de demi-cercle, plus ou moins accentué, suivant que l'on aura affaire à une incisive ou à une canine.

Ce cône, à moins qu'il n'y ait eu abrasion mécanique, présentera sa plus grande épaisseur à la partie tranchante de la couronne, et ira en s'amincissant progressivement jusqu'à ce qu'il vienne se terminer en lamelle excessivement mince sur le cément.

Nous reviendrons tout à l'heure d'une façon plus approfondie sur les rapports existant entre l'émail et le cément.

Si nous venons à examiner une coupe longitudinale soit de prémolaire, soit de grosse molaire, nous rencontrerons une couche d'émail variant d'épaisseur avec les cuspides de la dent et présentant des inégalités notables, correspondant à l'élévation ou à l'abaissement de ces cuspides.

Histologiquement l'émail est composé d'une série de prismes hexagonaux, accolés les uns aux autres et formant de véritables fibres parallèles. Ce parallélisme chez l'homme est assez régulier et les lignes que forment les faisceaux de fibres sont, à peu de chose près, disposées en lignes droites.

Nous verrons, lorsque nous parlerons de l'anatomie comparée, que ces fibres, suivant les espèces, peuvent prendre des aspects tout différents.

Une coupe longitudinale ne permet de voir que la disposition des fibres, tandis qu'une section transversale, surtout de grosse molaire, permet de se rendre compte de la disposition hexagonale des prismes.

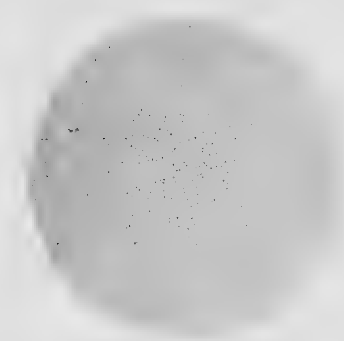
Nous nous empressons d'ajouter qu'il est très difficile d'obtenir de bonnes préparations de l'émail, par suite des fractures que subit ce dernier au cours des manipulations pour l'amener au degré de minceur voulu.

Le seul moyen, à notre avis, d'arriver à obtenir de bons résultats consiste, après avoir fait une section de dent, à bien polir un des côtés, à fixer celui-ci au moyen de baume de Canada sur une lame épaisse, à maintenir la préparation bien appliquée sur le baume au moyen d'une pince à compression spéciale, à chauffer le tout à une douce chaleur, et, une fois le baume bien durci, à enlever la pince et procéder à l'usure par les moyens usités en pareil cas.

L'émail, recouvrant immédiatement la dentine, laisse sur celle-ci

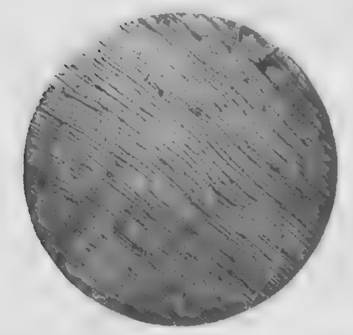
DENTINE

SECTION TRANSVERSALE



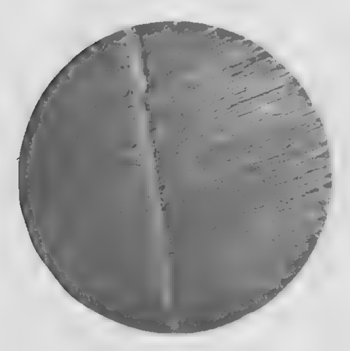
DENTINE

CANALICULES ROMPUS



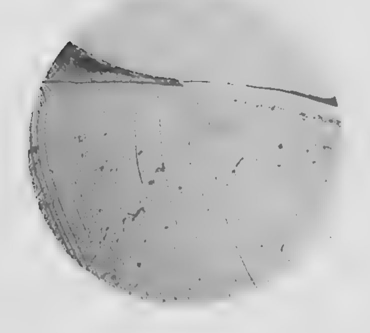
PÉNÉTRATION DES CANALICULES

DANS L'ÉMAIL



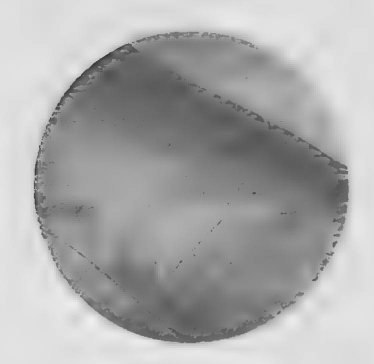
ESPACES INTERGLOBULAIRES

DE CZERMARCK



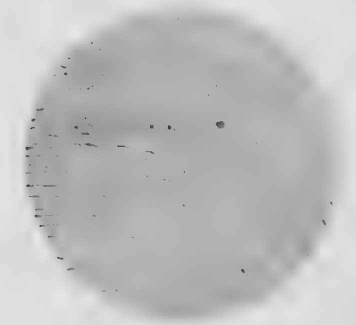
DISPOSITION DES FIBRES

DE L'ÉMAIL



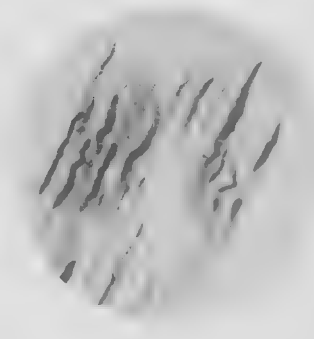
DENTINE

SECTION LONGITUDINALE

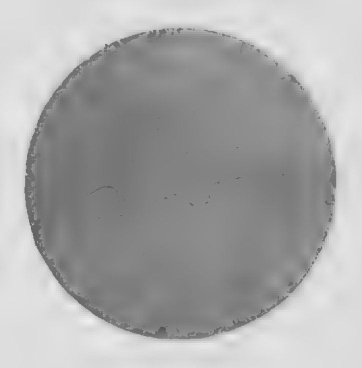


ASPECT DES CANALICULES

DE LA DENTINE DANS LA CARIE

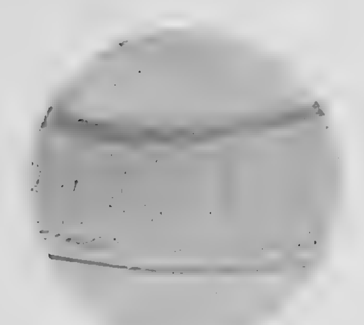


GAINES DE NEUMANN



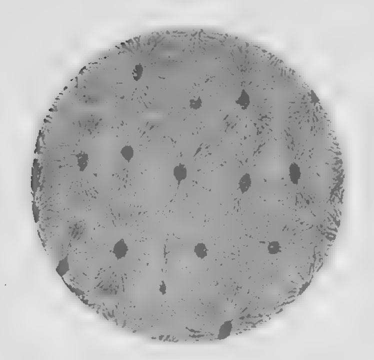
VASO DENTINE

SECTION LONGITUDINALE

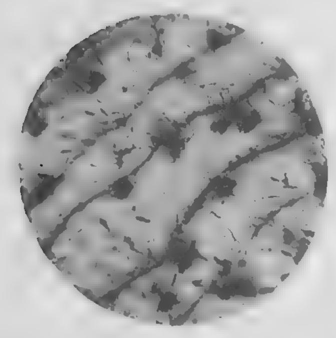


VASO DENTINE

SECTION TRANSVERSALE

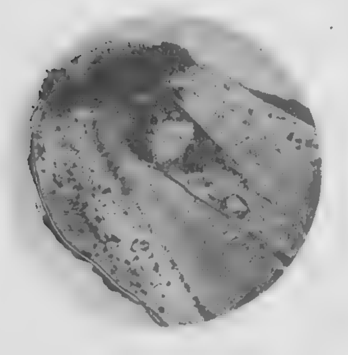


CÉMENTOBLASTES



APEX DE RACINE

CÉMENT

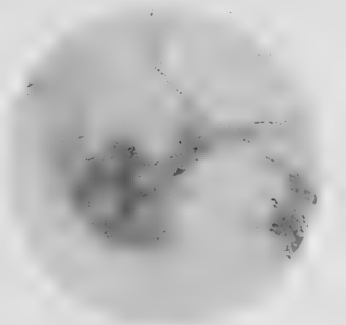


CÉMENT CORONAIRE

MOUTON



DÉFAUT DE L'ÉMAIL



DENT DU PORC

SECTION TRANSVERSALE

DENT DE RONGEUR



l'empreinte de ses prismes et l'on peut plus facilement se rendre compte de la forme et de la disposition de ceux-ci sur cette dernière, qui se laisse décalcifier et ensuite débiter en coupes au moyen du microtome, tandis que l'émail ne peut se travailler que par usure.

L'émail est lui-même recouvert par une membrane, sur la nature de laquelle on n'est pas encore absolument fixé, il s'en faut de beaucoup. Nous voulons parler de la cuticule ou membrane de Nasmyth, que cet auteur a le premier signalée en 1839 dans les comptes rendus de la Société médico-chirurgicale de Londres.

Les avis concernant la nature de cette membrane sont absolument partagés. Ainsi, pour certains auteurs comme Rasckhow, Huxley, Todd et Bowmann, celle-ci ne serait que le restant de la membrane préformative dans laquelle le bulbe est complètement renfermé. Pour d'autres, tels que Tomes et Magitot, cette membrane ne saurait être autre chose que le vestige de l'organe cémentaire.

L'année dernière, F. T. Paul, en Angleterre, a publié un travail dans lequel il conclut que la cuticule de l'émail ou membrane de Nasmyth est d'origine purement épithéliale. Tomes avait, du reste, signalé dans certains endroits de cette membrane des vestiges de cellules épithéliales, ainsi que des corpuscules osseux en tous points semblables aux cémentoblastes que l'on rencontre dans le cément.

Cette question étant encore très obscure, nous ne la signalons que pour la forme, renvoyant ceux qui voudraient s'en occuper au livre de Dental Microscopy, publié l'année dernière en Angleterre par M. Hopewell Smith, ainsi qu'au mémoire de F. T. Paul, paru en janvier 1895 dans le *Journal of the British Dental Association.*

Dentine. — La dentine ou ivoire est la substance même de la dent. C'est elle qui donne à cette dernière sa forme caractéristique, de même que c'est elle qui rend l'émail plus ou moins coloré. Elle est complètement recouverte par l'émail et par le cément et contient dans sa partie centrale et dans toute sa longueur, la pulpe ou nerf dentaire. Sa densité est moindre que celle de l'émail, mais un peu plus élevée que celle de l'os. Elle est composée de deux parties absolument distinctes :

1° La substance fondamentale,
2° Les canalicules.

Substance fondamentale. — C'est une masse parfaitement homogène et transparente dans laquelle il est absolument impossible de distinguer la moindre trace d'éléments cellulaires.

Canalicules. — A Leuwenhoeck revient l'honneur d'avoir le premier signalé l'existence des canalicules encore appelés tubes dentinaires ou gaines de Neumann, du nom de celui qui les a le plus étudiés. Suivant que ces canalicules sont examinés sur une coupe transversale ou sur une coupe longitudinale, ils présentent des caractères absolument différents.

Coupe transversale. — Si l'on vient à examiner une section trans-

versale de dent, suivant la hauteur à laquelle la section aura été faite, on trouvera sur toute la périphérie une couche d'émail ou de cément. Puis la partie centrale sera exclusivement composée par la dentine. On distinguera dans celle-ci une infinité de canaux microscopiques, plus ou moins rapprochés les uns des autres suivant qu'ils sont plus ou moins éloignés de la pulpe. Ces orifices ne sont pas la partie terminale de simples tubes creusés dans la masse de la dentine, car, par l'action des acides, comme l'a indiqué M. Hopewell Smith, on peut parfaitement mettre en évidence les gaines de Neumann. On se trouve alors en présence d'éléments présentant à peu de chose près les mêmes caractères que les fibres du tissu élastique.

Ces gaines de Neumann ou canalicules ont donc une paroi propre et, comme nous le disions plus haut, ne sont pas creusées dans la substance fondamentale de la dentine. Elles servent à contenir et à protéger les fibrilles de Tomes. Lorsque l'on veut bien se rendre compte de la disposition des canalicules sur une section transversale, il est préférable de ne pas monter les coupes dans le baume de Canada, mais dans la *glycérine jelly* ou dans un mélange de glycérine et d'eau.

Section longitudinale. — Au lieu de ne voir que des orifices, comme dans le cas précédent, nous verrons, au contraire, sur une section longitudinale toute une série de fibres, de canalicules plutôt, partant de la périphérie de la cavité pulpaire et se dirigeant en s'amincissant vers l'émail ou le cément et en envoyant de chaque côté de courts prolongements ou ramifications. Sur de bonnes préparations on voit même quelquefois ces canalicules venir pénétrer dans l'émail et s'y perdre.

Ces canalicules, nous l'avons dit, partent à angle droit de la cavité pulpaire. Celle-ci ne présentant pas le même diamètre dans toute sa longueur, se trouvant étranglée en un point, dilatée en un autre, il s'ensuivra que les canalicules, partant toujours à angle droit de la cavité pulpaire, ne présenteront pas entre eux un parallélisme parfait. Si la cavité pulpaire était absolument cylindrique, les canalicules seraient tous absolument parallèles entre eux. Malgré cela, ces canalicules, tout en ne présentant pas un parallélisme absolument parfait, forment ce que l'on appelle la ligne de contour de Schreyer.

Cément. — Le cément qui forme la partie externe de la racine se rapproche beaucoup du tissu osseux par sa structure. Comme celui-ci, il possède une substance fondamentale et des corpuscules osseux appelés cémentoblastes, qui sont presque identiques aux ostéoblastes du tissu osseux.

L'émail et le cément sont donc les deux parties les plus externes de la dent. Voyons rapidement les rapports anatomiques existant entre ces deux corps à leur point de jonction, qui, comme on le sait, se fait au niveau du collet de la dent, c'est-à-dire à l'endroit où la gencive vient sertir celle-ci. Les opinions sont très variables à ce sujet.

Pour Tomes (Anatomie dentaire comparée) *l'émail se termine par un bord mince au collet de la dent et ce bord se trouve recouvert dans une certaine étendue par le cément.*

Magitot est du même avis.

Pour Sappey *le cément commence en couche extrêmement mince à la partie inférieure du collet, à la limite de l'émail.*

Cruveilhier dit : *le cément s'étend jusqu'au collet. Quelquefois il recouvre une petite portion de l'émail.*

Frey : *l'émail possède sa plus petite épaisseur au collet de la dent, où il se sépare nettement du cément.*

Kölliker : *le cément commence à se montrer en couche fort mince à l endroit où cesse l'émail, de sorte que les deux substances arrivent simplement en contact. D'autres fois, il recouvre une légère partie de l'émail.*

Nous n'avons pas la prétention d'affirmer catégoriquement que c'est le cément qui recouvre l'émail ou inversement, mais toujours est-il que, l'année dernière, au Congrès de Bordeaux, nous avons soumis à nos collègues plusieurs photomicrographies dans lesquelles le doute n'était pas possible. L'émail recouvrait le cément. On peut du reste s'en rendre compte dans une des planches de notre *Photomicrographie histologique et bactériologique* [1].

Disons rapidement quelques mots de l'anatomie pathologique des tissus durs de la dent.

Email. — A part les altérations produites par la carie, les éléments pathologiques de l'émail sont rares.

On ne peut guère signaler que les anomalies de structure dont nous ne pouvons parler ici, faute de temps.

Ce que l'on rencontre le plus souvent, ce sont de petites taches blanches existant dans l'intérieur de l'émail, visibles à l'œil nu et provenant d'un manque de calcification. Il existe aussi quelquefois des cavités de nature pathologique. Ces cavités se rencontrent principalement dans le voisinage de la dentine.

Nous signalerons encore ces sortes de cavités imperceptibles existant au talon des incisives et des canines et à la partie centrale intercuspidienne des prémolaires et molaires. Ce sont des défauts amenant souvent la carie par suite de la non-pénétration dans ces sillons de la membrane de Nasmyth.

Dentine. — La dentine présente des anomalies souvent assez nombreuses, caractérisées par des cavités, des solutions de continuité existant dans la masse de la dentine. Ces cavités sont désignées sous le nom d'espaces interglobulaires de Czermack. Les canalicules qui parcourent la substance fondamentale ne sont pas arrêtés par ces cavités, qu'ils traversent, au contraire, dans toute leur longueur. Ces espaces interglobulaires se rencontrent principalement au niveau du collet de la dent et, lorsque la carie a commencé ses ravages, sont de véritables réceptacles à microbes.

Cément. — Le cément présente rarement des caractères patho-

1. Charles Mendel, éditeur, 118, rue d'Assas.

logiques, à moins que ce ne soit à la suite d'inflammations périostiques ou d'abcès alvéolaires.

Anatomie dentaire comparée.

Nous n'avons pas l'intention d'entrer dans des détails très approfondis de l'anatomie dentaire comparée. Nous voulons seulement énumérer les caractères différentiels principaux que peuvent présenter, chez l'homme et certains animaux, les trois tissus que nous avons étudiés jusqu'alors, l'émail, la dentine et le cément.

Voyons séparément chacun de ces tissus.

Email. — Chez l'homme et la plupart des mammifères dont la dentition est à accroissement *limité*, l'émail recouvre toute la couronne de la dent jusqu'au niveau du collet. Chez les rongeurs dont les dents sont à accroissement indéfini, l'émail, au lieu de rester localisé à la couronne, descend jusqu'au fond de l'alvéole. Il peut n'embrasser que la face antérieure, comme on peut s'en rendre compte chez les souris, les rats, ou bien embrasser la face antérieure et les faces latérales. Chez le cochon, ainsi que nous avons été à même de le remarquer, l'émail recouvre les 4/5 de la couronne et laisse à la partie postérieure de la dent un espace comblé par du cément très net. Ces deux tissus se rencontrent absolument bout à bout.

Chez certains animaux on ne trouve pas trace de cet organe.

Nous avons décrit plus haut les caractères anatomiques normaux de l'émail chez l'homme. Chez la plupart des animaux ces caractères sont absolument identiques. Il n'y a guère qu'une seule espèce ou plutôt qu'une seule classe, celle des marsupiaux, chez laquelle, comme Tomes l'a fait remarquer le premier, l'émail soit complètement traversé par les canalicules de la dentine. Dans cette classe, toujours d'après Tomes, le wombat n'a pas son émail pénétré par les canalicules.

L'émail, qui, chez l'homme, n'est recouvert que par la cuticule ou membrane de Nasmyth, diffère absolument chez les ruminants en ce sens qu'à la sortie des dents il est complètement recouvert par une couche plus ou moins épaisse de cément, auquel on a donné le nom de cément coronaire. On peut parfaitement s'en rendre compte sur une coupe transversale de molaire de mouton, de cheval, etc.

Dentine. — Chez l'homme on ne trouve qu'une seule sorte de dentine, la dentine dure et non vasculaire ; chez les animaux, suivant les espèces, la nature de la dentine variera du tout au tout.

C'est ainsi que celle-ci pourra se diviser en :

1° Vaso-dentine, caractérisée par l'absence des canalicules que nous avons signalés et par la présence d'un grand nombre de canaux vasculaires disposés symétriquement et contenant chacun un fort vaisseau sanguin ;

2° Plici-dentine, caractérisée par la présence de canalicules sinueux et dérivés de la classification d'une pulpe dont la couche

des cellules odontoblastiques s'est divisée en une infinité de replis à sa surface (Cruet) ;

3° Ostéo-dentine. Absence complète de canalicules dans les parties profondes ou centrales. Ces canalicules, lorsqu'ils viennent à exister, ne se rencontrent absolument qu'à la partie tout à fait externe ou de revêtement de la dent. C'est, après le cément, le tissu qui se rapproche le plus de l'os.

Cément. — Que l'on ait affaire à du cément humain ou à du cément de différents animaux, les caractères anatomiques sont identiquement les mêmes. Nous n'aurons donc pas à nous en occuper.

Il aurait été fort intéressant de passer rapidement en revue le mode d'attache des dents chez les différents animaux, mais cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Nous nous arrêtons donc ici, en vous remerciant d'avoir bien voulu nous accorder quelques minutes de plus que le règlement ne l'autorise, convaincu que nous sommes que les projections qui viennent d'être faites vous auront tant soit peu intéressés. (*Applaudissements.*)

M. le Président. — M. Choquet s'était révélé l'année dernière, au Congrès de Bordeaux, comme un chercheur et un travailleur. Nous voyons avec plaisir qu'il continue ses recherches et je crois être l'interprète de vous tous en remerciant M. Choquet de son travail et en l'engageant à suivre la voie dans laquelle il s'est engagé. (*Applaudissements.*)

CONSIDÉRATIONS SUR LA THÉORIE DE L'EXTRACTION DES DENTS.

Par MM. Godon et Serres.

J'ai présenté à la *Société d'Odontologie* de Paris et publié au mois de mars dernier dans *l'Odontologie* une étude sur la *Théorie de l'extraction des dents*, au point de vue de la mécanique.

Cette étude a intéressé quelques-uns de mes confrères et l'on m'a demandé d'en faire l'objet d'une communication au Congrès de Nancy.

Afin de donner à cette étude les développements qu'elle pouvait comporter, j'ai fait appel au concours d'un de mes collègues du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, auquel son titre et ses fonctions donnent en ces matières une compétence particulière, M. le professeur Serres, ancien élève de l'Ecole polytechnique, professeur de physique et de chimie à l'Ecole J.-B. Say, professeur de physique et de mécanique à l'Ecole dentaire de Paris. Il s'était particulièrement intéressé à cette question qui rentrait dans le cadre de son cours, et c'est avec sa précieuse collaboration que je vous présente cette communication qui n'est que la suite de celle que je fis en mars dernier sur ce même sujet.

Dans cette première communication, que je vous demande la permission de vous rappeler, je signalais l'embarras du jeune étudiant dentiste en présence du grand nombre d'instruments actuel-

lement employés pour l'extraction des dents. Afin de lui permettre de faire facilement son choix, j'exposais la théorie mécanique de l'extraction en procédant du simple au composé. Dans l'extraction, je montrais qu'il fallait faire abstraction de la couronne, cette opération portant plutôt sur les racines des dents. Puis, choisissant un exemple dans la pratique journalière d'un métier, j'indiquais combien, au point de vue mécanique, l'extraction d'une simple racine dentaire avec l'élévateur a d'analogie avec l'action de l'ouvrier paveur retirant avec son pic un pavé de la chaussée.

Dans les deux cas, levier du premier genre avec résistance à l'extrémité aplatie, puissance à l'autre extrémité, point d'appui entre les deux, les mouvements produits se décomposant ainsi :

1° Engagement de l'instrument ;

2° Ebranlement du levier pour la luxation de la racine ;

3° Renversement du levier pour l'élévation de la racine hors de son alvéole, d'où le nom d'élévateur.

Enfin l'extraction devenant compliquée, la résistance augmentant, je montrais la nécessité d'un instrument plus puissant : le davier, que l'on peut considérer comme un *double élévateur*, formant toujours un levier du premier genre avec une transformation du 3° mouvement de renversement de l'élévateur en un mouvement de *traction* hors de l'alvéole. Je tirais quelques déductions de ces diverses considérations au point de vue de la répartition de la force dans les différentes parties, en comparant les instruments d'extraction, que je résumais en deux instruments types :

1° Le levier ou élévateur simple : type, la langue de carpe;

2° L'élévateur double ou davier.

Enfin je finissais par quelques considérations sur les anciens instruments, le pélican et la clef de Garengeot, qui prennent place comme instruments de transition entre nos deux instruments types, l'élévateur et le davier.

Nous avons voulu, M. Serres et moi, compléter ce premier travail, sorte d'introduction, par l'examen théorique des divers instruments d'extraction, au point de vue de leur forme et de leur mode d'action, du choix du point d'appui et de la meilleure utilisation de la force.

Nous avons, sous forme de conclusion, terminé par quelques applications.

Étude théorique.

Pour bien comprendre les applications théoriques qui vont suivre, il est nécessaire de se rappeler les résultats auxquels conduit la théorie du levier et que nous croyons devoir rappeler.

Théorie du levier. — Un levier est une tige rigide, telle que XY (fig. 1, 2, 3), mobile autour d'un point fixe O, dit point d'appui; en un point B de cette tige est appliquée la résistance à vaincre R et en un point A la puissance P destinée à vaincre cette résistance.

Suivant les positions relatives du point d'appui O et des points d'application A et B de la puissance et de la résistance, on distingue les leviers en trois genres, indiqués par leur nom même :

Le levier du premier genre ou inter-appui (fig. 1).
Le levier du second genre ou inter-résistant (fig. 2).
Le levier du troisième genre ou inter-puissant (fig. 3).

Quels que soient la forme et le genre du levier, les conditions d'équilibre peuvent toujours se résumer en ceci : le point d'appui est le point d'application de la résultante des deux forces puissance et résistance.

Cette façon de voir nous conduit immédiatement aux conséquences suivantes :

1° Le rapport de la puissance P à la résistance R est égal à l'inverse du rapport des bras de levier correspondants OA et OB, c'est-à-dire que l'on a entre ces quatre quantités la relation :

$$\frac{P}{R} = \frac{OB}{OA}$$

En d'autres termes, les forces sont inversement proportionnelles à leurs bras de levier ;

2° Le point d'appui supporte un effort qui est égal à la somme algébrique de la puissance et de la résistance.

Si le levier est du 1er genre (fig. 4-1), l'effort supporté par le point d'appui est égal à la somme de la puissance et de la résistance. Si, au contraire, le levier est du 2e genre (fig. 4-2), ou du 3e genre (fig. 4-3), le point d'appui ne supporte plus qu'un effort égal à la différence de la puissance et de la résistance et agissant dans le sens de la plus grande de ces deux forces.

Instruments d'extraction. — Dans l'extraction, le levier est l'instrument à l'aide duquel on cherche à vaincre la résistance qu'oppose la dent.

La résistance est la force qu'oppose à la sortie de l'alvéole la racine de la dent par sa forme et ses connexions naturelles.

La puissance est la force employée par le bras de l'opérateur pour vaincre cette résistance.

Le point d'appui est le point (alvéole, dent voisine ou dent elle-même) sur lequel l'instrument vient s'appuyer pour exécuter son mouvement.

Les instruments d'extraction peuvent être étudiés mécaniquement à différents points de vue :

1° Au point de vue de leur forme et de leur mode d'action ;
2° Au point de vue du choix du point d'appui ;
3° Au point de vue de la meilleure utilisation de la force.

Forme et mode d'action. — Théoriquement, nous réduirons les instruments d'extraction à trois formes types :

L'élévateur simple (élévateur de Coleman, langue de carpe, etc.) qui agit comme un levier du premier genre, comme le pic du paveur. Son point d'appui est en O (fig. 4) sur l'alvéole et les dents voisines, la résistance est en R, au point sur lequel agit l'élévateur et la puissance à l'extrémité de la poignée, en P.

On remarquera que l'élévateur n'agit sensiblement qu'en un seul point de la dent, ou du moins en un très petit nombre de points,

et que ce point devra offrir, par conséquent, une grande solidité puisqu'il est seul à supporter l'effort de la puissance.

Nous mentionnerons ici un élévateur de forme particulière et dont le mode d'action est différent : c'est le *pied de biche*. Cet instrument (fig. 5) ne prend pas, du moins dans la première partie de l'opération, de point d'appui sur les parties voisines. On l'enfonce dans l'alvéole et il fait sortir la dent en agissant comme un coin et non comme un levier. Le point qui supporte surtout l'effort de la puissance, c'est le point de l'alvéole diamétralement opposé à celui où l'on introduit le pied de biche. Si, à la fin de l'opération, un mouvement de renversement est nécessaire, le pied de biche se comporte alors comme un élévateur ordinaire.

La *clef de Garangeot* (fig. 6), généralement abandonnée aujourd'hui, fonctionne encore comme un levier du 1er genre. Le point d'appui est au point de contact O du panneton avec la gencive, la puissance est l'effort P appliqué à la branche transversale de la poignée, la résistance est en R. Le mode d'action de cet instrument diffère un peu de celui de l'élévateur en ce que le mouvement de renversement est précédé d'une sorte de mouvement de traction. Ici encore, l'instrument n'agissant qu'en un point de la dent, ce point d'application de la résistance doit présenter une grande solidité.

Les *daviers* qui sont généralement employés forment une véritable pince (fig. 7 et 8) à deux branches articulées ; les branches inférieures ou mors saisissent la dent sur tout son pourtour. On fait pour extraire la dent deux sortes de mouvements : d'abord des mouvements d'ébranlement dans lesquels, comme le montrent les figures, on prend alternativement un point d'appui sur l'une ou l'autre des faces de la dent ; puis, pour tirer, on réunit les deux pinces de façon à serrer la dent et l'on peut dire, en négligeant les mains et le corps de l'opérateur, que le point d'appui est alors sur la charnière.

Dans le davier les points d'application de la résistance sont multiples, ils comprennent presque tout le tour de la dent ; la résistance en chaque point est donc moindre et la solidité de chacun de ces points n'a pas besoin d'être aussi grande qu'avec les instruments précédents.

Choix du point d'appui. — Le choix du point d'appui est très important.

La théorie mécanique du levier nous enseigne, en effet, comme nous l'avons dit précédemment, que, dans l'usage de cet appareil, le point d'appui supporte un effort qui est égal à la somme de la résistance et de la puissance (fig. 1). Le point d'appui doit donc présenter une solidité beaucoup plus grande que celle du point où est appliquée la résistance.

Dans l'élévateur ordinaire (langue de carpe) agissant par ébranlement et renversement (fig. 4), on prend certainement un point d'appui sur le bord alvéolaire ou sur les dents voisines. Il est donc nécessaire que ce bord, ou ces dents, soient assez solides, sans quoi l'on devra avoir recours à d'autres moyens.

et que ce point devra offrir, ... jusqu'il ... [illegible]

Nous mentionnerons ici ... dont le mode d'action est ... trument (fig. 3) ne prend pas de ... de l'opération de point d'appui ... dans l'alvéole et il fait sortir la dent ... non comme un levier. Le point ... puissance, c'est le point de l'alvéole ... où l'on introduit le pied-de-biche ... mouvement de renversement est nécessaire ... comporte alors comme un élévateur ordinaire.

La clef de Garengeot (fig. 6), généralement ... d'hui, fonctionne encore comme un levier dont le point d'appui est au point de contact ... la puissance est l'effort P appliqué ... la poignée, la résistance est ... Le mode d'action de cet instrument diffère un peu de celui ... en ce que le mouvement de ... rement est produit ... ici encore, l'instrument ... point de la dent ... d'application de la résistance doit présenter une ...

Les daviers qui sont ... plus fréquemment ... ble place (fig. ...) à leurs ... férieures ou mors saisissent la ... pour extraire la dent ... mou... figure ... l'autre ... mors et le ... le charnière.

Dans le davier les points d'application de la ... triple, ils comprennent presque tout le tour de la ... en chaque point est donc moindre et la solidité ... points n'a pas besoin d'être aussi grande que ... précédents.

Choix du point d'appui. — Le choix du point ... important.

La théorie mécanique du levier nous enseigne ... nous l'avons dit précédemment, que ... point d'appui supporte ... stance et de la puissance ... ... une solidité beaucoup plus grande ... où est appliquée la résistance.

Dans l'élévateur ordinaire ... lement et renversement (fig. ...) ... d'appui sur le bord alvéolaire ... nécessaire que ce bord ... l'on devra avoir ... à ...

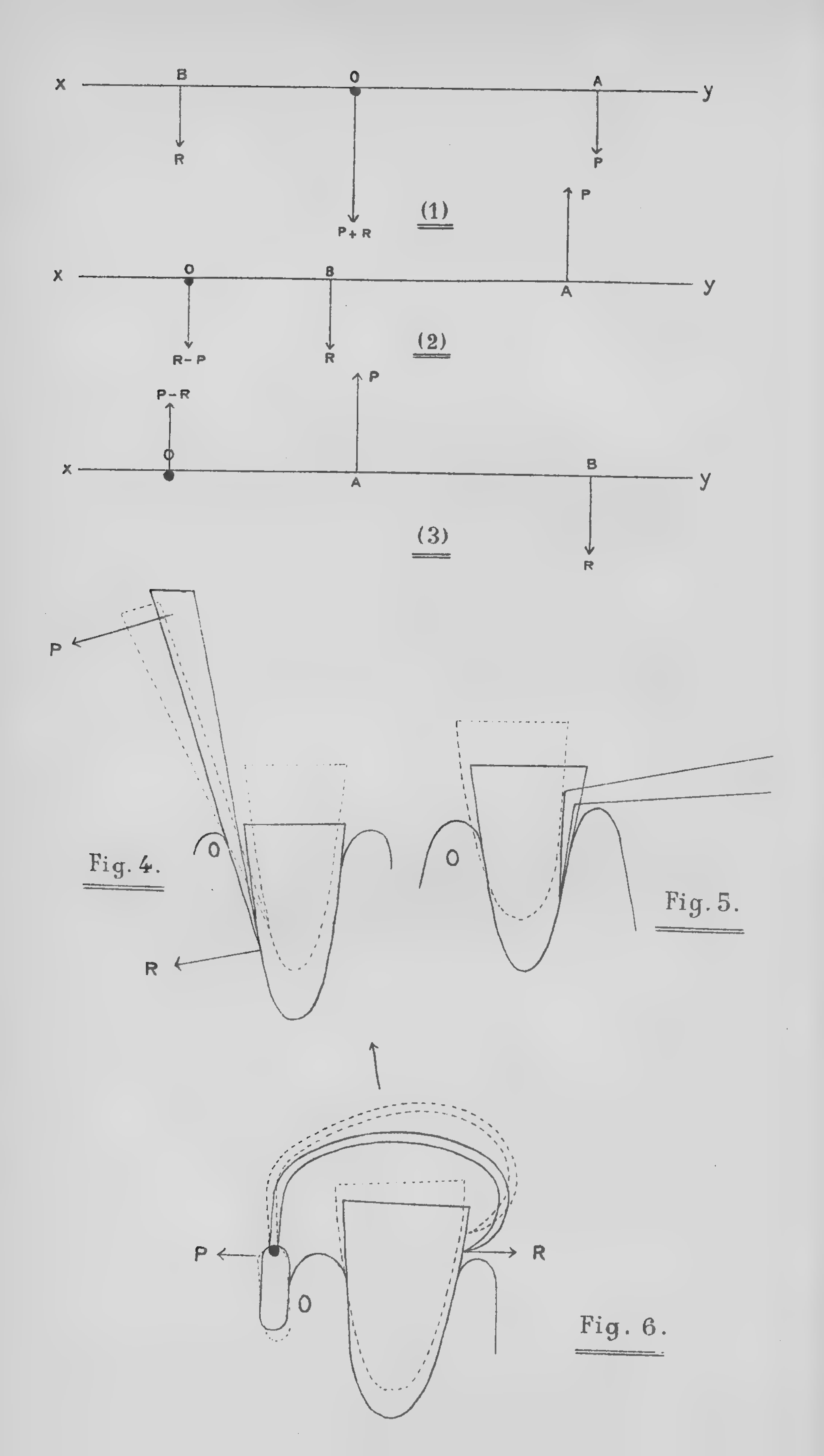
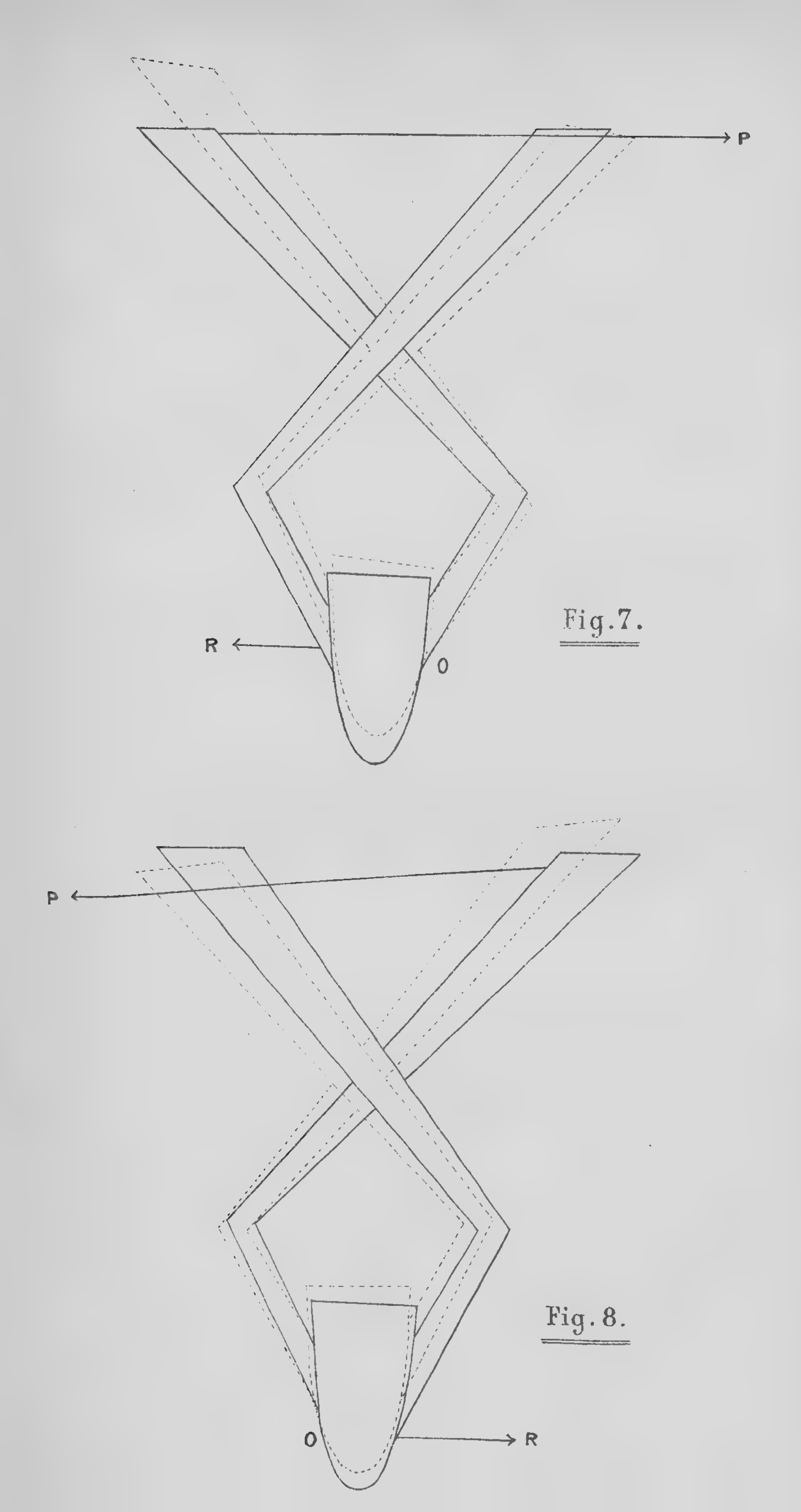


Fig. 4.

Fig. 5.

Fig. 6.


P
R
O
Fig. 7.
P
O
R
Fig. 8.

Avec la clef de Garangeot (fig. 6), le point d'appui est tout différent, beaucoup plus solide et paraît tout d'abord bien meilleur que le précédent. En effet, comme le montre la figure schématique, on prend, au moyen du panneton, un point d'appui sur la partie interne ou externe de la gencive et c'est le maxillaire lui-même qui supporte, en définitive, tout l'effort, tandis que le crochet vient agripper la dent sur son autre face.

Le point d'appui est, en effet, beaucoup plus solide ici et cela est absolument nécessaire. Car, ainsi que nous le verrons plus loin, dans la clef de Garangeot, la puissance est beaucoup plus grande que dans l'élévateur et le point d'appui supporte l'effort de cette puissance.

Il arrive même quelquefois que les tissus de la gencive au point d'appui éprouvent de fortes contusions et c'est l'une des principales raisons qui en ont fait abandonner l'emploi.

Avec les daviers à deux branches articulées, le point d'appui est placé d'une façon toute différente et que, croyons-nous, on n'a pas encore signalée. Dans les mouvements de luxation et d'ébranlement, on prend un point d'appui sur la partie même de la dent entourée par les mors et alternativement sur un mors ou sur l'autre, ainsi que le montrent les figures 7 et 8. C'est donc la substance même de la dent qui doit présenter la résistance suffisante, ce qui a généralement lieu.

Dans le cas où la dent ne présente pas assez de solidité sur deux de ses parties externe ou interne, on ne peut se servir du davier, et c'est alors qu'intervient l'emploi des appareils prenant point d'appui sur un seul côté de cette dent (élévateur), ou à l'intérieur (vis agissant comme tire-bouchon).

Meilleure utilisation de la puissance. — Ce qui constitue, au point de vue mécanique, la supériorité des daviers actuels sur les anciens instruments d'extraction, ce n'est pas seulement le choix du point d'appui, qui ne fait porter tout l'effort que sur la dent même à extraire, sans toucher, pour ainsi dire, aux parties voisines (alvéoles, dents, etc.), c'est aussi la meilleure utilisation de la puissance, c'est-à-dire de l'effort que l'on fait pour vaincre la résistance et que l'on cherche toujours à réduire au minimum nécessaire.

Deux choses sont ici à considérer : le rapport des bras du levier, de la puissance et de la résistance, la façon dont la puissance et la résistance sont appliquées au levier.

Au point de vue du rapport des bras du levier, la théorie nous apprend que les forces sont en raison inverse de leurs bras de levier, c'est-à-dire qu'une puissance donnée pourra vaincre une résistance d'autant plus énergique qu'elle agira à l'extrémité d'un bras de levier plus long.

Il y a donc avantage, à puissance égale, à avoir des branches plus longues ; la puissance est mieux utilisée. C'est ce qui a lieu dans les daviers dits américains. Dans l'art vétérinaire, on emploie également pour les chevaux des daviers à longues branches.

Quant à la façon dont la puissance est appliquée au levier, tous les praticiens savent que l'on a beaucoup plus de force lorsqu'on

saisit le levier à *pleine main* et qu'on agit par mouvement de rotation de l'avant-bras, comme avec la clef de Garangeot.

Cela s'explique théoriquement par ce fait qu'en saisissant le levier à pleine main on multiplie le nombre des points d'application de la puissance, qui agit alors plus efficacement, les actions appliquées en chaque point s'ajoutant. Le mouvement de rotation de l'avant-bras produit alors tout son effet.

Le même raisonnement explique la supériorité des daviers à mors, s'adaptant exactement à la couronne, sur tous les autres instruments d'extraction.

En saisissant la dent sur tout son pourtour, on multiplie le nombre des points d'application. La puissance se trouve appliquée en chacun de ces points et son effet est ainsi multiplié.

Ce sont donc les daviers qui, au point de vue de l'utilisation de la puissance, présentent le plus d'avantages, parce qu'on saisit les branches à pleine main et que les mors s'adaptent sur tout le pourtour du collet.

La clef de Garangeot et les élévateurs présentent cette infériorité de s'appliquer par leur extrémité en un seul point de la dent. Mais la clef de Garangeot donne, à puissance égale, plus de force que l'élévateur, parce qu'on saisit la poignée à pleine main et que sa disposition transversale permet au mouvement de torsion de l'avant-bras de produire tout son effet.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir traité complètement le problème de l'extraction. Il est certain que le corps de l'opérateur, son bras, son avant-bras, sa main constituent un système de leviers articulés et que, d'autre part, la tête du patient forme un autre système de leviers dont fait partie la dent à extraire. En y ajoutant l'instrument d'extraction lui-même, on est en présence d'un système complet de leviers dépendant les uns des autres.

Le problème ainsi conçu serait certainement intéressant ; il serait en même temps bien vaste. Nous avons cru devoir actuellement le restreindre à l'appareil lui-même et à la racine à extraire.



INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE FRANCE.

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Séance du 29 juillet 1896.

Présidence de M. de MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Rollin, Ronnet et Jacowski.
Excusés : MM. Hervochon, Bonnard, Dubrac et Bertaux.
Sans excuse : M. Chauvin.
La candidature de M. le Dr Sauvez est acceptée.

Lettre de M. le Doyen de la Faculté de Bordeaux promettant de mettre un terme aux irrégularités qu'on lui signalera.

Sur la proposition de M. *Stévenin*, des démarches seront faites pour obtenir du ministre de l'Instruction publique une décision concernant les dentistes, analogue à celle qu'il vient de prendre pour les étudiants en médecine étrangers.

La pétition concernant les dentistes experts a été remise et recommandée à M. le Garde des sceaux.

Adhésions individuelles à la fête du cinquantenaire de l'anesthésie.

Séance du 23 *septembre* 1896.

Présidence de M. de MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Hervochon, Ronnet et Jacowski.

Excusés : MM. Bonnard, Rollin, Bertaux et Dubrac.

Sans excuse : M. Chauvin.

Les candidatures de M. Delahaye, de Paris, et de M. Moutin, d'Alais (Gard) sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. de Marion et Ronnet.

Lettre de *M. Ravel* à propos d'un cabinet anonyme ; les conseils du Syndicat seront consultés à ce propos.

Adhésions individuelles à la fête du cinquantenaire de l'anesthésie.

Séance du 21 *octobre* 1896.

Présidence de M. de MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Bonnard, Stévenin, Rollin, Hervochon et Jacowski.

Excusé : M. Ronnet.

Sans excuse : MM. Chauvin et Bertaux.

M. Dubrac renouvelle sa démission de membre du Conseil ; elle est acceptée.

Les candidatures de M. Moutin, d'Alais, parrains MM. Ronnet et de Marion, et de M. Amen, parrains MM. Martinier et Hervochon, sont mises aux voix et adoptées.

La candidature de M. Delahaye, sur la proposition de la commission, est ajournée.

Don de 20 fr. pour venir en aide au Syndicat dans sa revendication du titre de chirurgien-dentiste.

M. Bonnard rend compte de ses démarches au sujet de la nomination de chirurgiens-dentistes comme dentistes des hôpitaux.

Séance du 18 *novembre* 1896.

Présidence de M. de MARION, président.

Présents : MM. de Marion, Bonnard, Bruel, Stévenin, Rollin et Ronnet.

Excusé : M. Hervochon.

Sans excuse : MM. Chauvin et Jacowski.

M. le Président annonce le décès de M. Bertaux, exprime les regrets qu'il laisse parmi les membres du Syndicat et envoie à la famille ses sincères condoléances.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance :

MM. Hofzumahaus,	Paris,	parrains	MM. Ronnet et Jacowski.
Boulleret,	—	—	—
Boijat,	—	—	Ronnet et de Marion.
A. Eustache,	Tonnerre,	—	Rigolet et Stévenin.
Klein,	Mâcon,	—	Vauvilliers et Stévenin.

Le Syndicat reçoit un don anonyme de 50 fr., destiné à l'aider dans la répression des délits.

Affaires judiciaires.

Le Syndicat a triomphé dans sa revendication du titre de chirurgien-dentiste, affaire L.

M. G., à Auxerre, a été condamné à 16 fr. d'amende, 25 fr. de dommages-intérêts et dépens, pour emploi d'un anesthésique hors de la présence d'un médecin.

M. J., à Paris, a été condamné à 50 fr. d'amende et aux dépens, usurpation du titre de docteur.

M. de Marion, interrogé par M. Bonnard sur la façon dont il concilie ses fonctions de président du Syndicat avec celles de rédacteur au *Monde dentaire*, déclare que les fonctions qu'il remplit dans le Syndicat ne peuvent en aucune façon aliéner sa liberté privée.

Il rappelle que le *Monde dentaire* est une tribune largement ouverte, où toutes les opinions sont acceptées. Le directeur du *Monde dentaire* ayant publié un article qui n'entrait pas dans les vues du secrétaire de la rédaction, celui-ci a répondu par un article en complet désaccord avec les opinions du directeur du journal. M. de Marion ajoute que, comme président du Syndicat, il croit avoir toujours fait son devoir et qu'il continuera de le faire tant qu'il conservera la confiance de ses collègues.

M. Bonnard se déclare satisfait de la réponse de M. de Marion.

Résolutions relatives à l'assemblée générale annuelle du 9 décembre et au banquet du 10.

L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 9 décembre à la mairie du IXe arrondissement.

Le Conseil d'administration est ainsi composé pour 1897 :

MM. de Marion, *président*. — Jacowski, *vice-président*. — Stévenin, *secrétaire général*. — Bruel, *secrétaire-adjoint*. — Rollin, *trésorier-archiviste*.

MM. Bonnard, Fabre, Hervochon, Martinier, Paulme, Ronnet, Dr Sauvez, *conseillers*.

Un banquet de 50 couverts réunissait, le lendemain, les syndiqués au restaurant Marguery. Parmi les toasts les plus applaudis, signalons, outre ceux du Président du Syndicat, M. de Marion, et du Président du banquet, M. Strauss, ceux de M. G. Berry, député, de MM. Roger et Desplats, conseils judiciaires du Syndicat, et de M. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

Le directeur de l'Ecole dentaire de France avait été empêché.

Nous sommes heureux d'apprendre que les démarches faites par le conseil de famille auprès de l'auteur involontaire de l'accident qui

a coûté la vie à P. Dubois viennent de se terminer à l'amiable par le versement d'une indemnité de 10.000 francs à la veuve et aux enfants de notre ami regretté.

Toutes nos félicitations aux personnes qui sont intervenues pour amener cette solution.

Nous profitons de cette occasion pour remercier M. Vasseur, directeur du *Monde dentaire*, qui a bien voulu employer ses bons offices, à titre gracieux, pour la vente du cabinet de P. Dubois et refusé tout honoraire.

LA DENTISTERIE AU JAPON.

Il existe au Japon un collège dentaire fondé en 1890 par le Dr Takayama. Les cours ont commencé avec 9 élèves et 7 professeurs; mais, sans la générosité de son fondateur, l'établissement n'aurait pu faire face à ses frais. Par la suite il est venu plus d'étudiants et l'institution semble prospère pour le moment. Cent dentistes en sont sortis dans les 5 dernières années, soit le tiers du nombre de ces praticiens dans le pays.

Le collège a une bibliothèque, une salle de lecture, un laboratoire, une salle d'opérations et des chambres pour les étudiants.

La durée des études est de 3 ans. La première année comprend la chimie, la physique, l'anatomie, la physiologie et la dentisterie mécanique; la deuxième, la matière médicale, la dentisterie mécanique, la pathologie et la chirurgie dentaires, la dentisterie opératoire, la métallurgie, les travaux de laboratoire et la bactériologie; la troisième, la matière médicale, la chirurgie dentaire, l'examen microscopique, la clinique dentaire et les travaux de laboratoire. Les élèves doivent avoir plus de 15 ans et avoir reçu une bonne instruction.

CORRESPONDANCE.

On nous prie d'insérer la déclaration suivante :

Nous avons cessé notre concours à l'Ecole dentaire française. Il ne nous convient pas d'aider au fonctionnement d'une institution dont nous ne voyons plus nettement le but.

M. Rousseau s'est, depuis sa nomination par vote régulier au poste de directeur de l'Ecole dentaire pratique, transformée en Ecole dentaire française, dérobé à toute espèce de convocation.

Il prétend qu'il n'existe pas de Société.

Nous avons cependant fondé une Société, il y a quatre ans, dans le but de faciliter les études aux dentistes et mécaniciens-dentistes au moyen d'un centre d'enseignement, l'Ecole dentaire pratique.

Cette école était administrée par un directeur responsable

nommé par la Société des opérateurs et mécaniciens-dentistes, formée en conseil d'Administration.

Si la Société n'existe plus, sa disparition ne peut résulter que de l'acquisition de l'Ecole et de son actif.

Quand M. Rousseau [1] s'en est-il rendu acquéreur ?

Ainsi donc, envers et contre tout droit moral, M. Rousseau s'est, de son autorité privée, transformé en propriétaire d'un actif (1200 fr. espèces environ et le matériel de l'Ecole entièrement libéré) à la formation duquel il n'a jamais participé.

Si nous étions prêts à nous dévouer à une œuvre que nous supposions utile à l'intérêt professionnel, nous ne voulons pas paraître autoriser d'aussi étranges procédés, nous ne voulons pas continuer notre concours à une école devenue illégalement et contre notre volonté la propriété d'une individualité.

Voilà les raisons qui nous ont déterminés à adresser la démission dont nous vous donnons communication.

Fait à Paris, le 26 décembre 1896.

C. Liskenne, Catton, Schuler, L. Vandenbroeck, M. Borcier, R. Veyrat-Charvillon, Mackay, Charlier.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

CAUSES DIRECTES ET INDIRECTES DE LA CARIE DENTAIRE.

Par M. le Dr Rœse, de Munich.

Traduction de M. Thioly-Regard, de Genève.

A la suite de nouvelles recherches hygiéniques, je crois pouvoir donner quelques nouvelles déductions au sujet du problème de la carie dentaire.

Dans le but de poursuivre mes investigations sur les conditions de la carie, je pris, l'année dernière, la résolution d'inspecter les dents des recrues au moment de leur incorporation. Il est évident que je ne pense pas prétendre fournir des chiffres d'une exactitude exemplaire, mais bien donner une idée des causes de la carie par la possibilité que j'ai eue de pouvoir faire une étude sur des

1. Le Dr Rousseau qui est indiqué dans cette lettre est celui qui figure dans l'*Annuaire médical et pharmaceutique de la France*, pour 1897, avec les mentions suivantes :

Rousseau (L. J.) 1873. ✠, chirurgien-dentiste des hôpitaux de Paris, ancien médecin chirurgien chef d'Hôtel-Dieu et hospices civils (grands et petits appareils dentaires, chirurgie buccale), de 11 h. à 5 h., rue des Martyrs, 57 (en face de l'avenue Trudaine).

sujets de la même contrée, ayant grandi et vécu sous l'influence de conditions hygiéniques semblables.

Dans mes précédentes observations, faites dans le grand-duché de Bade et la Thuringe, j'avais constaté que, dans les endroits pauvres en terrains calcaires et dont les eaux étaient tendres, on rencontrait deux fois plus de dents cariées que sur les territoires riches en chaux et possédant des eaux dures. Cette constatation était complétée par le fait que, dans les contrées riches en chaux, on mangeait généralement du pain noir, tandis qu'au contraire, dans les contrées pauvres en chaux, le pain blanc était préféré; quel était donc le déterminatif, l'eau ou le pain? D'autre part on pouvait se demander si, dans les environs de Fribourg-en-Brisgau, les habitants préfèrent le pain blanc et tendre parce qu'ils ont de mauvaises dents, ou inversement.

Il m'a été fait l'objection, à propos de ces mêmes recherches dans la Thuringe et les pays environnants, qu'elles ne concordent pas avec les résultats des observateurs français qui ont dit que les meilleures dents se rencontrent justement dans les provinces françaises les plus pauvres en chaux, par exemple en Bretagne et sur le Plateau Central. A cela on peut répondre que, d'après la manière dont on a fait ces recherches, il est impossible d'en tirer des conclusions: on observait si les dents de devant, les incisives, étaient absentes ou non. En effet, lorsque les soldats se servaient des anciens fusils à piston, ils devaient déchirer les cartouches avec les dents; or ceux qui ne possédaient pas leurs incisives étaient réformés. Pour bénéficier de ce cas d'exemption, beaucoup de jeunes gens, principalement ceux habitant des provinces aisées, se brisaient les dents de devant ou se les faisaient extraire, tandis qu'au contraire, dans les pays pauvres ou montagneux, où le service militaire était envisagé comme une amélioration de la position vitale, on cherchait à se présenter au conseil de révision avec des dents saines. De cette façon, on peut dire que les résultats observés et publiés sont absolument faux.

Ayant cru remarquer que la fréquence de la carie dentaire est en relation directe avec la forme de la tête, frappé de cette coïncidence, je me suis proposé d'élucider la question de savoir si, par rapport à la fréquence de la carie, il n'existe pas une différence essentielle entre les têtes longues et celles qui sont larges; c'est pourquoi, dans mes observations poursuivies en Bavière, j'ai aussi tenu compte de la forme des visages.

Dans cette question, la forme du visage est en réalité plus importante que celle de la tête, car longs visages et longues têtes ne sont pas partout synonymes, comme cela peut se prouver par le fait qu'une partie de la population des montagnes bavaroises possède une tête courte et un visage long et étroit, tandis qu'au contraire dans le sud de la Thuringe on rencontre des visages larges unis à de longues têtes.

La largeur de chaque visage se détermine au moyen du compas d'épaisseur appliqué aux endroits les plus proéminents de l'arcade

temporale ou zygomatique ; la longueur du visage est obtenue en mesurant la distance prise de la suture naso-frontale au bord inférieur du maxillaire inférieur, la bouche étant fermée, c'est-à-dire les dents serrées.

Comme carie, j'ai noté toutes les caries ouvertes existantes. Les caries latérales commençantes restent le plus souvent ignorées, elles échappent dans la hâte que l'on met à inspecter les dents, ainsi que les petites caries dissimulées de certaines dents, qui ont très certainement été portées comme saines et par cela ont dû sans doute avantager les résultats. Il aurait été aussi bien difficile de préciser l'existence ou la non-existence de la dent de sagesse, ce qui doit également quelque peu infirmer les conclusions.

J'ai eu l'occasion d'inspecter deux districts campagnards de la Bavière, j'ai également fait des visites à Munich et dans les cantons et villages voisins, par exemple à Freising, Rosenheim, Berchtesgaden, Freising, Viechtach, soit en tout 4700 recrues visitées. Pour atteindre le chiffre rond de 5000, j'ai encore inspecté les élèves du séminaire de Freising.

Pour arriver à se faire une idée des proportions réelles, toutes les dents saines et malades furent d'abord comptées ensemble, puis comptées séparément, pour permettre de déterminer combien de dents pour cent étaient malades.

Relativement à la forme du visage, je l'ai différenciée en tête longue, tête moyenne et tête large et je me suis borné à inspecter les recrues âgées de 20, 21 et 22 ans. Je suis arrivé à constater qu'effectivement la forme du visage a une influence assez considérable sur la fréquence de la carie.

Dans le cours de mes inspections, j'ai également pris en sérieuse considération la nuance des dents. J'ai choisi, parmi les nombreux types qui se rencontrent, 4 couleurs différentes : 1° jaune, 2° blanc-jaune, 3° gris-perle, 4° bleu-gris.

Il convient de s'arrêter sur le fait que les dents gris-bleu du type des terrains pauvres en chaux ne furent observées que deux fois, à Munich et à Rosenheim, et que dans ces cas on peut certifier que les deux personnes étaient effectivement originaires de contrées pauvres en chaux. En effet, on ne trouve les dents colorées en bleu-gris que chez des populations habitant sur des terrains absolument pauvres en chaux et ceux-ci sont excessivement rares.

Je m'étais figuré trouver partout de mauvaises dents, mais je fus surpris de constater qu'en bien des endroits une quantité de caries s'étaient arrêtées, étaient nettoyées et guéries naturellement. Il est évident qu'il faut attribuer ces circonstances favorables à l'usage seul du pain noir, grossier ; au contraire à Berchtesgaden et à Rosenheim j'ai trouvé des dents de belle apparence, jaune et blanc jaunâtre, mais qui étaient prodigieusement mauvaises ; dans ces deux villes précisément le pain est confectionné avec de la farine blanche de froment, il est blanc et pâteux.

Un ancien praticien, M. Wellauer, de Frauenfeld, m'a confirmé à ce propos qu'il résulterait de ses observations qu'en Suisse les

dents sont devenues bien plus mauvaises depuis que l'on mange du pain tendre ; autrefois, au temps du pain noir et dur, les dents étaient bien meilleures.

Convaincu de l'influence du pain sur la carie dentaire, j'ai classé les différentes sortes de pain en six catégories, d'après les échantillons que j'ai obtenus par l'intermédiaire des bourgmestres auxquels je me suis adressé ou en entrant chez des campagnards pour me faire remettre quelque peu de leur pain.

Maintenant je crois pouvoir soumettre les chiffres suivants qui montrent la relation qui existe entre la forme du visage et la carie.

A Freising la fréquence de la carie était en moyenne de 16 0/0 (c'est-à-dire que sur 100 dents, 16,6 étaient malades) ; pour les visages longs 20,8 0/0 ; pour les visages moyens 19,5 0/0 ; pour les visages larges 13,3 0/0 ; par conséquent la différence entre les visages longs et larges serait de 7,5. Sur les 312 recrues visitées à Freising, 39 étaient indemnes de caries, dont 3 avaient les visages longs, 6 moyens et 30 larges.

La proportion pour cent était :
chez celles âgées de 21 ans, 19 0/0, 19,6 0/0, 15,9 0/0,
— — de 22 ans, 19,2 0/0, 17,6 0/0, 14,8 0/0.

A Rosenheim sur 224 hommes, visages longs 29,2 0/0 de caries, visages moyens 25,7 0/0, visages larges 23,1 0/0, par conséquent une différence au désavantage des têtes longues de 6,1 0/0.

Dans les centres industriels du district de Rosenheim, les petites villes et les villages de fabriques : visages longs 25,6 0/0, visages moyens 23,4 0/0, visages larges 20,0 0/0 ; différence 5,6 0/0. Dans les villages agricoles : visages longs 23,5 0/0, visages moyens 21,2 0/0, visages larges 17,4 0/0 ; différence 6,1 0/0.

Les populations agricoles des environs de Munich présentent : visages longs 26,2 0/0, visages moyens 20,5 0/0, visages larges 17,5 0/0 ; différence 8,7 0/0.

Les différences constatées sont donc de 5 à 8 0/0.

C'est le moment de poser la question suivante : pourquoi les visages longs sont-ils plus particulièrement prédisposés à la carie ? On peut répondre : parce qu'un visage étroit est le corrélatif d'un maxillaire rétréci, les dents sont serrées les unes contre les autres, souvent elles sont irrégulièrement placées ou chevauchent les unes sur les autres par défaut d'espace, les débris d'aliments sont retenus, ce qui fait que les dents subissent une destruction plus rapide.

De même, plus le visage est étroit, moins les arcades zygomatiques sont développées, entraînant ainsi une atrophie des muscles masticatoires. Plus le visage est large, plus la force masticatoire déployée est grande, et les personnes douées d'une force de mastication plus puissante sont d'autant plus à l'abri des caries dentaires.

Une exception à cette règle peut être faite pour Viechtach, où les visages larges montrent en moyenne autant de caries que les visages longs, mais il faut ajouter que là les visages longs sont en même temps grands.

La forme du visage étant déterminée en proportion de la longueur et de la largeur, nous posons la formule : $\frac{\text{longueur} \times 100}{\text{largeur}}$. L'index au-dessus de 90 s'appliquera aux visages longs, de 85 à 90 aux visages moyens, puis au-dessous aux visages larges.

On peut obtenir proportionnellement le même index pour un petit comme pour un grand visage, car pour un grand visage les mesures absolues de longueur et de largeur sont plus grandes ; chez un petit visage les deux mesures sont en rapport d'égalité, par conséquent dans ces deux cas la proportion se trouve identique.

De plus, il faut tenir compte de la grosseur des dents qui peut varier et s'éloigner énormément du volume normal, jusque dans la proportion de 1 : 2. Aussi, lorsque les maxillaires d'un visage large montrent de très fortes dents, il existe peu d'intervalle entre elles et la carie peut facilement se déclarer ; dans ce cas les résultats sont faussés.

Si, malgré ces circonstances contraires, les chiffres s'accordent exactement, cela prouve que ce n'est pas un effet du hasard, mais que la proportion est juste et réelle.

A Viechtach, il faut croire que si les visages longs ne sont pas plus défectueux que les autres, c'est parce qu'en somme les causes défavorables sont bornées au minimum, et en effet là le pain est précisément très dur. Je crois que la différence proportionnelle entre visages longs et visages larges sera plus grande là où sera consommé le pain le plus tendre ; ce que nous avons déjà reconnu comme exact pour Viechtach et Berchtesgaden : dans le premier endroit pas de différence, dans le dernier 37,3 0/0 pour les visages longs et 25,5 0/0 pour les visages larges, ce qui donne une différence de presque 12 0/0.

Pour les observations concernant les proportions de la carie par rapport à l'âge, je n'ai encore rien de définitif, mais je puis déjà dire que les sujets âgés de 20 ans ont de meilleures dents que ceux de 21 ans, ceux de 22 ans les ayant les plus mauvaises. Ainsi, pour la ville de Rosenheim, j'ai trouvé à 20 ans 22 0/0 et à 22 ans 27 0/0 de dents cariées.

Relativement à la différence par rapport à la nuance, je peux répéter que les dents jaunes sont de meilleure qualité que les dents blanc-jaune ; à Berchtesgaden, sur 226 recrues, 69 possédaient des dents jaunes, 71 blanc-jaune, et 86 gris-perle. En parlant de gris-perle, je n'ai pas seulement voulu indiquer le gris-perle des contrées pauvres en chaux, mais aussi le gris malpropre, le rougeâtre gris-jaune que l'on rencontre assez fréquemment dans les villes.

Pour arriver à une proportion exacte, je dois mettre en ligne de compte la couleur de la dent et la forme du visage : j'ai trouvé qu'à Berchtesgaden, pour les visages longs, 27,9 0/0 des individus avaient des dents jaunes, 48,3 0/0 blanc-jaune, d'où différence 20 0/0. Visages moyens : 22,8 0/0 jaunes, 30,7 0/0 blanc-jaune, 45,5 0/0

gris-perle. Pour les visages larges 21 0/0 jaunes, 32,2 0/0 blanc-jaune.

Nous avons par là une série de facteurs qui nous indiquent par quelles influences la carie dentaire est hâtée ou ralentie ; mais il en est une que nous ne connaissons pas, c'est l'hérédité qui joue cependant un grand rôle, mais sur laquelle nous ne possédons aucun renseignement bien exact.

Pour déterminer l'influence du pain, j'ai déjà dit que j'avais classé les différentes sortes de pain sous plusieurs numéros et que j'avais reconnu qu'à Freising les numéros 3-4, à Rosenheim 2-3, à Berchtesgaden 2 sont consommés et que la fréquence de la carie s'accordait d'une manière frappante avec la qualité du pain, par exemple pour la ville de Freising 20 0/0, pour Rosenheim 29 0/0 et pour Berchtesgaden 37 0/0.

Si donc, toutes les causes futiles écartées, nous conservons seulement les trois caractères principaux qui sont la forme du visage, la qualité du pain et la nuance des dents, nous pouvons par ce qui précède reconnaître leur influence primordiale au point de vue de la fréquence de la carie dentaire.

(*Revue suisse d'Odontologie.*)

LE CHLORATE DE POTASSE COMME ANTISEPTIQUE ET GERMICIDE POUR LA BOUCHE.

Par M. P.-H. Unna.

En 1884 le professeur Miller publia le premier les résultats de ses expériences touchant l'action des divers antiseptiques sur les cultures de bactéries prises dans les cavités de la bouche.

Ces expériences m'intéressaient beaucoup, surtout parce que mon intention avait été appelée antérieurement sur l'action constante des schizomycètes dans la production de la stomatite mercurielle. Ayant remarqué que les tables de Miller, qui m'avaient d'abord été soumises, ne faisaient mention ni du chlorate ni du permanganate de potasse, je conseillai à l'auteur de soumettre à un examen cette catégorie de substances oxydantes, notamment le chlorate de potasse, le permanganate de potasse et le peroxyde d'hydrogène, dans ses essais ultérieurs. J'étais guidé par cette idée que les bactéries de la bouche, accoutumées à la désoxydation constante qui a lieu, pourraient être rendues moins dangereuses par l'emploi d'agents oxydants.

Le professeur Miller voulut bien accueillir ma proposition et, l'année suivante, il publia un certain nombre de nouvelles tables contenant les trois agents précités. Il faisait remarquer que le peroxyde d'hydrogène seul avait une action sur la croissance des fongus de la bouche, ses propriétés destructives venant après celles du sublimé corrosif et du nitrate d'argent.

Le permanganate de potasse agissait beaucoup plus faiblement ;

quant à l'action du chlorate, mentionné à la fin de la liste des antiseptiques, elle était extraordinairement faible : ce dernier ne s'oppose au développement des schizomycètes que s'il est employé dans une solution dépassant la proportion de 1 à 8.

La démonstration défavorable en apparence du professeur Miller est certainement cause du peu de crédit accordé actuellement au chlorate de potasse dans la fabrication des préparations destinées à conserver les gencives et les dents, et je suis sûr que l'antisepsie moderne dans le traitement de la bouche est en accord parfait avec les principes énoncés par Miller dans son traité.

Cet auteur dit, page 226 : « Il est remarquable que des agents aussi utiles que le chlorate et le permanganate de potasse possèdent des propriétés antiseptiques si secondaires ; de même que pour l'iodoforme, l'action favorable de ces remèdes ne dépend pas spécialement de leur valeur antiseptique ».

Malgré la conclusion résultant des tables de Miller, j'étais encore si convaincu de la valeur spécifique du chlorate de potasse dans les maladies de la bouche que j'hésitais à rejeter mon remède favori. Ma conclusion personnelle était que, si l'efficacité du chlorate de potasse comme antiseptique devrait être augmentée, il fallait employer une solution beaucoup plus concentrée.

Depuis lors je renonçai à toutes les solutions et j'employai du chlorate de potasse pur sous forme d'une pâte dentifrice contenant 50 0/0 du sel. De cette façon j'obtins des résultats beaucoup meilleurs qu'auparavant, non seulement dans la stomatite mercurielle, mais aussi dans toutes les maladies de la bouche dues à la formation de schizomycètes.

Pendant les huit années où je me suis servi du chlorate de potasse sous cette forme, je n'ai jamais eu à chercher un meilleur agent de nettoyage pour la bouche, les amygdales et les dents.

Naturellement je reconnais pleinement avec Miller que l'action de ce remède ne dépend pas seulement de sa valeur antiseptique. J'estime qu'il possède des propriétés toniques marquées agissant favorablement sur des gencives atteintes par le mercure et augmentant la circulation. Dans beaucoup d'autres affections de la bouche et des amygdales, l'action de cet agent, en tant qu'elle favorise les sécrétions, est particulièrement recommandable.

Pour obtenir ce résultat il faut employer du chlorate de potasse pur : on en répand une petite quantité sur la brosse à dents, on l'applique sur celles-ci, ainsi que sur les gencives, et on frotte de façon à en faire une pâte. Quand on s'est rincé la bouche avec de l'eau pure, un goût salé, mais rafraîchissant, persiste.

Je ne connais aucune autre préparation qui enlève si rapidement et si complètement la fétidité de l'haleine, laquelle se montre surtout après les repas et le matin quand on s'éveille. Un grand nombre de cas dans lesquels cette fétidité avait été suffisante pour nécessiter le secours d'un médecin ont été promptement guéris par l'application du chlorate de potasse après que les patients avaient été traités pour des maladies internes.

Le chlorate de potasse, qui est un sel neutre, n'a aucun effet fâcheux sur les dents ; employé sous une forme concentrée à 50 0/0, il arrête la croissance des fongus pendant longtemps et bien des fois il les détruit complètement.

Cet agent étant un toxique chimique, il est plus sûr de l'employer sous forme de pâte dentifrice pour écarter tout danger d'accident.

Il a été prouvé que l'usage journalier de la pâte dentifrice au chlorate de potasse est le meilleur moyen prophylactique contre la carie et les affections des amygdales, y compris la diphtérie.

(Dental Record.)

LIVRES ET REVUES.

MANUEL DU CHIRURGIEN-DENTISTE, PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE CH. GODON, DIRECTEUR DE L'ECOLE DENTAIRE DE PARIS (J.-B. Baillière et fils).

Troisième volume.

Thérapeutique de la bouche et des dents. Hygiène buccale et anesthésie dentaire.

Par le Dr Maurice ROY,

Dentiste des Hôpitaux de Paris,
Professeur suppléant de thérapeutique spéciale à l'Ecole dentaire de Paris.

La confection du Manuel du chirurgien-dentiste continue ; le troisième volume, qui vient de paraître, est consacré à la thérapeutique.

Le Dr Roy a divisé son livre en trois parties : la première comprend la thérapeutique, la seconde l'hygiène, la troisième l'anesthésie.

Après quelques pages de notions générales sur la thérapeutique, l'auteur étudie les médications, en adoptant le plan du professeur Hayem. Il étudie ensuite les médicaments, d'après la classification de Berlioz, et place à ce moment l'étude des matières obturatrices ; il termine cette première partie par un mémorial thérapeutique des maladies de la bouche et des dents.

La seconde partie, l'hygiène, est suivie de quelques formules de dentifrices.

La troisième, l'anesthésie, est divisée en anesthésie générale et locale et se termine par un petit chapitre sur l'anesthésie au point de vue médico-légal.

Ce livre est un résumé succinct des connaissances sur lesquelles un élève peut être interrogé au deuxième examen de chirurgien-dentiste.

M. Roy a tiré le meilleur parti possible de la place qu'il avait, et son manuel rendra grand service aux praticiens qui voudront se remémorer les éléments de la thérapeutique et de l'anesthésie et aux élèves qui ont besoin de revoir rapidement ces questions pour leurs examens.

Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial,

Par le Dr Edouard Friteau,

Lauréat de l'Académie,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris,

Répétiteur à l'amphithéâtre d'anatomie.

Th. Paris 1896 (G. Steinheil).

M. Friteau consacre sa thèse inaugurale à l'étude d'un point d'anatomie très délicat, et qui lui a certainement demandé de minutieuses et patientes dissections. Ses recherches ont porté sur quinze cadavres.

Dans la première partie, l'auteur attire l'attention sur la fréquence des boutonnières formées parfois par les troncs nerveux ; ce fait avait été signalé en 1887 par le Dr Hartmann, au sujet des nerfs de la main, et M. Friteau a eu l'occasion de trouver des pièces dans lesquelles on rencontre très nettement cette disposition au sujet des branches du facial.

On trouve dans ces boutonnières des vaisseaux superficiels de la face.

Il décrit minutieusement l'artère qui suit et nourrit le tronc du facial et donne à cette artère, qu'il a trouvée constante, le nom d'*artère du facial.*

Dans la seconde partie l'auteur examine les branches extra-pétreuses du facial ; dans la troisième, les branches terminales. Cette étude, très soignée, très consciencieuse à tous les points de vue, l'amène à montrer qu'il existe, à la face, une région où aucune branche importante du facial ne peut être coupée. Cette région a à peu près la forme d'une bande horizontale aboutissant en avant aux environs de la commissure labiale et limitée en arrière par la portion moyenne du bord postérieur du maxillaire.

La façon très précise, très nette, dont l'auteur expose ses recherches, est une garantie pour l'enseignement que M. le Dr Friteau est chargé de donner à nos élèves, et nous sommes heureux pour l'Ecole dentaire de Paris de l'appréciation flatteuse avec laquelle cette thèse a été accueillie.

Angle's system zur Geraderichtung und Festhaltung unregelmässig gestellter Zähne und zur Behandlung von Kieferbrüchen (Système d'Angle pour le redressement et le maintien des dents placées irrégulièrement et le traitement des fractures du maxillaire), par Edwards H. Angle, professeur à la section dentaire de l'Univer-

sité de Minnesota (S. S. White Dental Manufacturing Company, éditeur). 4e édition revue et augmentée avec 113 figures.

Le succès des 3 premières éditions de ce livre a engagé l'auteur à en publier une quatrième contenant un grand nombre de combinaisons nouvelles simplifiant et facilitant le traitement des irrégularités des dents.

Cet ouvrage, qui ne compte pas moins de 120 pages, est divisé en deux parties, consacrées, la première au redressement des dents, la deuxième aux fractures des maxillaires, et divisées en dix chapitres. De très nombreuses figures complètent les indications très pratiques données par l'auteur et font de ce traité un guide précieux pour le praticien, le professeur et l'étudiant.

Vient de paraître : *Compte rendu du deuxième Congrès dentaire national* (Session de Nancy, 1896). Prix : 4 fr.

Adresser les demandes avec un mandat-poste à M. le Dr Sauvez, 17, rue de Saint-Pétersbourg, Paris.

VARIA.

L'AVENIR PAR LES DENTS.

Cette fin de siècle aura produit des merveilles. Voilà qu'on nous annonce maintenant une nouvelle science divinatoire : l'avenir par les dents. Désormais les dentistes seront prophètes : quand un citoyen leur apportera sa mâchoire avariée, ils n'auront qu'à lui ouvrir la bouche pour y découvrir le secret de sa destinée. Cela s'appellera la dentologie.

Jusqu'ici, c'est à la longueur des dents qu'on devinait l'âge d'un cheval. Les dentologues nous appliqueront maintenant le système des maquignons. Quand une dentition aura l'aspect d'un clavier par ses proportions inusitées, ce sera l'indice d'un grand caractère ; une bouche calée par de grosses dents affirmera un esprit large, une volonté énergique. Des canines courtes et menues révéleront un imbécile ; mais on découvrira l'artiste dans des incisives droites et serrées.

Pour montrer ses qualités ou ses défauts, un homme n'aura qu'à sourire, et les enquêtes sur les individus pouront se passer des renseignements de la police : les dentistes seront beaucoup plus utilement consultés.

Un savant nous dit, sans plaisanter, toutes ces balivernes, et je ne serais pas surpris si l'Académie des sciences leur consacrait une séance le mois prochain.

C'est à croire, en vérité, qu'en dépit de tous les progrès de la science, le charlatanisme prospère toujours. Avec la dentologie, attendons-nous à voir refleurir les méthodes divinatoires passées : l'aéromancie ou l'avenir par l'air ; l'aeuromancie, par la farine ;

la dactylomancie, par les doigts ; la bélomancie, par les flèches ; l'axinomancie, par la hache ; la captotromancie, par les miroirs ; la géomancie, par la terre ; la myomancie, par les muscles ; la lecydomancie, par les bassins ; la pyromancie, par le feu ; l'hydromancie, par l'eau ; la staphylomancie, par les raisins ; la xylomancie, par le bois.

Les somnambules qui n'ont à leur disposition que les cartes et le marc de café sont menacées d'une terrible concurrence : leur grand jeu et leur petit jeu ne tiendront pas contre tous ces systèmes ressuscités.

En attendant, nous avons la dentologie, le dernier cri... de l'avenir. Celui qui l'inventa doit avoir une belle mâchoire... d'âne.

(*La Patrie.*)

LA DENTOLOGIE

Sous ce titre, on lit dans l'*Express*, de Liège :

La forme des dents et la manière dont elles sont disposées peuvent contribuer à déterminer le caractère d'un individu. Les dents ont, du reste, cet avantage de ne pas subir les mêmes variations que le nez, les lèvres et tout le visage. Elles ne changent jamais, à moins qu'elles ne se carient ou qu'elles ne tombent.

Le principal indice à observer est la longueur des dents. Les dents longues dénotent des penchants nettement déterminés, une grande largeur de vue, ou des défauts bien caractérisés. Les petites dents, au contraire, dénotent un manque de volonté, une certaine petitesse d'esprit. Presque tous les hommes célèbres ont de grandes dents ; il en est de même des grands criminels, des grands spéculateurs et des savants.

La position, la plantation des dents a aussi une grande, importance. Lorsqu'elles sont rapprochées les unes des autres, c'est un indice d'une certaine vivacité d'intelligence, et cette intelligence se porte sur des questions plus ou moins sérieuses, selon que les dents sont longues ou courtes. Lorsque les dents sont proéminentes et inclinées en avant, c'est un signe de bêtise ; Lorsqu'elles sont inclinées en arrière, c'est un indice d'instabilité de caractère.

Les canines pointues dénotent la férocité et la dépravation. La dentition serrée et les dents plutôt longues indiquent des tendances artistiques.

CURIOSITÉS DE LA BROSSE A DENTS

Quelques vieux livres publiés en 1600 indiquent le moyen de préparer *des racines employées pour nettoyer les dents* : « Ces racines se font bouillir et sont coupées en morceaux de 6 pouces de long. Le extrémités sont alors fendues en forme de brosse et séchées lentement pour ne pas se briser. On s'en sert ainsi : une extrémité est humectée avec de l'eau, trempée dans une poudre dentifrice et frottée sur les dents jusqu'à ce que celles-ci soient blanches. »

Dans certaines parties de la Turquie on emploie des brosses sem-

blables; toutefois certains Turcs se servent de brosses à dents européennes. (*Brit. J. of dent. sc.*)

L'ART DE LA CONVERSATION

Les dentistes viennois ont, paraît-il, décidé de former une société destinée à enseigner à ses membres l'art de la conversation. Ils estiment que leur profession est en danger de devenir trop sérieuse et trop scientifique et qu'il leur faut un levain de matière plus légère. (*Brit. J. of dent. sc.*)

NÉCROLOGIE.

On annonce la mort, à l'âge de 75 ans, de M. Emile Ferry, ancien député, maire du IXe arrondissement de Paris, officier de la Légion d'honneur.

Il avait présidé la séance de réouverture des cours de l'Ecole dentaire de Paris en novembre 1892, et il s'intéressait particulièrement à notre institution.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée à ses obsèques.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos regrets.

On annonce également la mort de notre confrère de l'Association, M. Léon Demaigné, dentiste, 43, rue des Trois-Frères, mort accidentellement dans la nuit du 1er au 2 janvier.

Nous prions sa famille d'agréer l'expression de nos regrets.

Nous apprenons aussi le décès, à l'âge de 26 ans, de M. Protoy, dentiste à Compiègne, qui avait par mégarde absorbé de la morphine. M. Protoy est décédé le 20 décembre dernier.

Nous apprenons avec le plus vif regret le décès de Mme Paulme, femme de notre confrère M. Paulme, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, enlevée après une courte maladie, à l'âge de 34 ans, à l'affection des siens.

Le Conseil de Direction et le corps enseignant étaient représentés à ses obsèques et avaient envoyé une couronne.

Nous adressons à M. Paulme nos bien sincères condoléances.

NOUVELLES

A l'assemblée générale du 22 décembre 1896 MM. Lemerle, Godon, Bonnard, Legret, Dr Monnet, Prest, de Marion, F^r Jean, Löwenthal et Richard-Chauvin ont été élus membres du Conseil de Direction de la Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaire de Paris.

Le Conseil de Direction de l'Ecole dentaire de Paris a constitué son bureau de la façon suivante pour l'année 1897 :

Président-directeur, M. Godon.
Vice-présidents, MM. Viau et Lemerle.
Secrétaire général, M. Martinier.
Secrétaire-adjoint, M. le Dr Sauvez.
Trésorier, M. d'Argent.
Bibliothécaire-archiviste, M. Bonnard.
Conservateur du musée, M. Lemerle.
Conservateur-adjoint, M. Stévenin.
Econome, M. Prevel.

La *Gazette médicale de Paris*, dont le rédacteur en chef est M. le Dr Pierre Sébileau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, est devenue depuis le 1er janvier un organe exclusivement chirurgical.

MM. Lecaudey, Michaëls et Godon viennent d'être nommés membres honoraires de la Société odontologique de New-York.

M. Zamkoff, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris et de la Faculté de médecine de Paris, a été récemment chargé, par arrêté du Préfet de Seine-et-Oise, d'organiser un service dentaire dans les écoles communales d'Etampes.

Nos félicitations à notre confrère.

Dans sa séance du 30 décembre 1896, le Conseil municipal de Paris a accordé une subvention de 1.500 francs à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous relevons dans *l'Officiel* du 18 janvier les noms suivants de nos confrères, parmi les nominations d'officiers d'Académie :

MM. Bonnard (Joseph-Emile-Thomas), Lemos (Lucien), Marion de Brezillac (Pierre-Marie-Georges), Schwartz (Emile), Tusseau (Jules-François-Germain).

Toutes nos félicitations aux nouveaux promus.

La bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris a reçu les dons suivants pendant le mois de décembre 1896 :

1° *Etude clinico-chimique de l'élimination urinaire de l'iode après absorption d'iodure de potassium* (Thèse), par le Dr Laurent Lafay (don de l'auteur).

2° *Analyse d'un liquide de tumeur parotidienne* (épithélioma glandulaire lobulé), par le Dr Laurent Lafay (don de l'auteur).

3° *Les branches extra-pétreuses et terminales du nerf facial* (Thèse), par le Dr Edouard Friteau (don de l'auteur).

4° *Les œuvres d'Ambroise Paré*, chirurgien du Roy, 1652 (don de M. Viau).

5° *Anomalias del Sistema dental*, par le Dr Gaston Alexandre Worms (don de l'auteur).

6° *Di alcune particolorita nella tecnica dell' anestesia locale cocainica e sull' impiego de soluzioni ad alta temperatura*, par le Dr Tito Costa, de Gênes.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

SERVICE DU DISPENSAIRE

Pendant les mois de juillet, août, septembre et octobre 1896.

Inscriptions : Malades nouveaux			2.228
Consultations : Malades en traitement			1.544
		Total	3.772

1° Cliniques.

Consultations sans traitement	270	2.240
Extractions	1.409	
Clinique d'anesthésie	2	
— de prothèse	12	
Malades passés dans le service de la dentisterie opératoire	547	

2° Dentisterie opératoire.

	Pansements et traitements	825	1.414
OBTURATIONS	Gutta-percha et ciments	405	
OBTURATIONS	Amalgames	121	
OBTURATIONS	Aurifications	39	
OBTURATIONS	Etain	9	
	Nettoyages	15	

3° Prothèse pratique.

Appareils.
Dents à pivot.
Redressements.

4° Malades ayant interrompu leur traitement	118
Total égal	3.772

Pendant l'année, du 1er novembre 1895 *au* 31 *octobre* 1896.

Inscriptions : Malades nouveaux			8.207
Consultations : Malades en traitement			17.844
		Total	26.051

1° Cliniques.

Consultations sans traitement	1.160	8.287
Extractions	4.168	
Clinique d'anesthésie	176	
— de prothèse	80	
Malades passés dans le service de la dentisterie opératoire	2.703	

2° Dentisterie opératoire.

	Pansements et traitements	11.824	17.146
OBTURATIONS	Gutta-percha et ciments	3.550	
OBTURATIONS	Amalgames	897	
OBTURATIONS	Aurifications	257	
OBTURATIONS	Etain	79	
	Nettoyages	539	

3° Prothèse pratique.

Appareils	29	117
Dents à pivot	31	
Redressements	47	
4° Malades ayant interrompu leur traitement		501
Total égal		26.051

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

RAPPORT DE M. LE Dr M. ROY,

Secrétaire général.

Messieurs et chers Confrères,

Après le rapport que je vous ai fait dernièrement à la séance de réouverture des cours, il me restera peu de chose à ajouter.

Cette année, comme je le disais en vous faisant l'exposé de la situation générale de notre institution, tous nos efforts ont été consacrés à régulariser la situation de tous nos élèves anciens et nouveaux, nous attachant à ne rien laisser passer dans notre administration ou dans l'enseignement qui pût prêter à quelque critique de la part de l'Université.

Nous avons pu heureusement mener à bien cette tâche et nous sommes maintenant en période de fonctionnement tout à fait régulier. On nous a même reproché d'avoir à l'excès le souci de la régularité, mais ce reproche-là est un compliment quand il est fait par une administration si méticuleuse.

Je vous annonçais, le 5 novembre dernier, une notable progression dans le nombre des élèves ; je ne pouvais donner de chiffres, notre registre d'inscription n'étant pas encore clos, mais je ne me trompais pas dans mes prévisions, car nous avons aujourd'hui 125 élèves, défalcation faite de quelques manquants pour divers motifs.

C'est le chiffre le plus élevé qui ait encore été atteint, c'est un signe manifeste de notre prospérité.

L'augmentation porte surtout sur les élèves de première année, ce qui nous promet, pour les années suivantes, une marche progressivement ascendante.

Comme vous avez pu le voir par les modifications au règlement qui vous sont soumises, nous avons voulu régulariser la situation des membres de notre corps enseignant afin que l'accès de tous les postes soit accessible à tous, par un rajeunissement constant des cadres, excitant parmi les travailleurs l'émulation indispensable au progrès.

Nous espérons que cela sera un encouragement pour les jeunes membres de cette école qui tiendront à honneur de monter toujours plus haut dans la hiérarchie pour arriver aux postes les plus élevés.

A propos des jeunes, s'il nous était permis d'exprimer un regret, ce serait pour constater combien peu d'entre eux s'intéressent au fonctionnement de cette institution.

Toute la besogne est assumée ici par quelques hommes de bonne volonté, qui ne marchandent pas leur peine, mais qui, accablés par les fonctions multiples qui leur échoient, ne peuvent satisfaire à toutes les exigences de celles-ci.

Si, au contraire, ces fonctions étaient réparties sur un plus grand nombre d'individus, on arriverait, par une division plus rationnelle du travail, à une exécution plus parfaite de celui-ci avec une moins grande peine pour chacun de nous.

Et cela ne pourrait qu'être profitable à l'institution qui nous est chère à tous.

RAPPORT DE M. D'ARGENT,

Trésorier.

Le bulletin de la situation financière de la Société vous a été remis, il y a quelques jours, et il indique des résultats très rassurants pour la prospérité de cet établissement.

Notre projet de budget pour l'exercice 1895-96 ne laissait qu'un écart de 390 fr. entre nos dépenses et nos recettes, en faveur de celles-ci, et je craignais que des dépenses extraordinaires ne vinssent rompre ce trop juste équilibre ; mais il n'en a rien été, et l'année écoulée laisse, au contraire, un boni de 4.653 fr. 25.

Ce beau résultat ne provient pas, ainsi qu'on pourrait le supposer, d'une augmentation notable de nos recettes (celles-ci ont même été inférieures à celles de l'exercice précédent), mais d'une diminution de nos dépenses ; si ceci ne vaut pas mieux que cela, au point de vue de la prospérité générale, c'est tout au moins le signe d'une bonne administration.

Conformément à l'art. 10 de nos statuts, du solde créditeur de 4.653 fr. 25, le 10e a été retenu et versé à notre fonds de réserve, porté à 11.577 fr. 07.

Par application des art. 69 et 71 de notre règlement intérieur, j'ai l'honneur de vous informer que les membres suivants doivent être considérés comme démissionnaires pour refus ou défaut de paiement de leurs cotisations :

MM. Houbriet à Paris, Denis à Saint-Denis, Sarradon père à Pau, Vergel de Dios à Philadelphie, Mlle Berg à Paris, MM. Franz à Bône, Dyssli à Nancy.

Nos fonds disponibles au 30 septembre 1896 s'élèvent à la somme de 54.762 fr. 82, ainsi détaillée :

En caisse	382 fr.	25
Au Crédit industriel et commercial	32.879	40
Fonds placés à vue	4.508	00
Effets à recevoir (en portefeuille)	60	00
Avances sur loyer et gaz	4.356	10
Prix Lecaudey	1.000	00
Fonds de réserve	11.577	07
	54.762	82
Contre le chiffre du précédent inventaire	53.294	27
Soit une augmentation de	1.468	55

Au nom du Conseil d'administration, j'ai l'honneur de vous prier de bien vouloir ratifier ces comptes, ainsi que le projet de budget suivant pour l'exercice 1896-97.

Vous voudrez bien remarquer dans ce projet : 1° que la souscription Paul Dubois y figure pour 1.000 fr., cette somme ne nous ayant pas été réclamée en 1896 ; 2° que nous portons les inscriptions à recevoir à 44.000 fr., y étant autorisé par le grand nombre de nos élèves cette

année ; 3° que les comptes « aurifications » et « souscriptions » ne figurent plus aux recettes, car nous ne pouvons compter sur ces ressources trop aléatoires. Il faut bien ajouter aussi que les chiffres de la colonne des dépenses se rapportent à un exercice normal et qu'ils sont menacés, cette année, d'une certaine augmentation par les frais que la résiliation de notre location va nous imposer. Ces dépenses extraordinaires, on ne peut en prévoir l'importance dès maintenant ; aussi, votre Conseil d'administration vous demandera-t-il simplement de l'autoriser à les faire dans la plus juste mesure, en toute circonstance.

A ce point de vue l'examen de nos comptes, l'année prochaine, présentera le plus grand intérêt.

Nos dépenses s'élèveront à 49.820 fr. et nos recettes à 52.860 fr.

Assemblée générale annuelle du mardi 22 *décembre* 1896.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

52 membres sont présents.

1° *Procès-verbal.*

M. Godon. — La parole est à M. le Secrétaire général pour la lecture du procès-verbal.

M. le Dr Roy, secrétaire général. — Le procès-verbal de l'assemblée générale du 3 décembre 1895 a été publié *in extenso* dans le numéro de janvier 1896 de *l'Odontologie* ; il me paraît donc inutile de le lire.

M. Godon. — Quelqu'un a-t-il des observations à présenter sur le procès-verbal ?

Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

2° *Correspondance.*

M. Godon donne lecture de lettres d'excuses de MM. Heïdé, Sautier, Fr Jean, Perrigault et d'un anonyme.

Il donne également lecture d'une lettre de M. de Marion, proposant divers amendements aux modifications à apporter au règlement intérieur, ainsi que d'une lettre par laquelle M. Gillard se démet définitivement de ses fonctions de professeur.

Il ajoute : « Quelqu'un désire-t-il la parole sur la correspondance ? »

M. Bonnard fait observer que M. Gillard demande qu'on consulte l'assemblée sur sa lettre.

M. Godon. — M. le Secrétaire général va vous lire son rapport avant tout et, quand vous l'aurez entendu, vous nous direz si vous approuvez ou non les actes de votre Conseil de direction. Nous avons l'intention de n'esquiver aucune question, aucune discussion, et c'est simplement pour un motif d'ordre que je demande d'abord la lecture de ce rapport.

3° *Rapport du secrétaire général.*

M. le Dr Roy donne lecture de ce document (Voir d'autre part).

M. Godon. — M. Roy vous a fait un rapport concis parce qu'il vous en a présenté un très complet il y a un mois.

Quelqu'un désire-t-il la parole sur le rapport en question ?...

M. le Trésorier me fait observer qu'il y a lieu d'entendre également son rapport et de les discuter ensuite tous les deux.

M. d'Argent, trésorier. — Oui, parce qu'on s'esquive souvent gentiment après avoir entendu le rapport du secrétaire général et qu'on laisse le trésorier avec ses comptes.

4° *Rapport du trésorier et projet de budget.*

M. d'Argent donne lecture de ce document (Voir d'autre part), ainsi que du projet de budget (ibidem).

M. Godon. — Vous venez d'entendre les deux rapports. Quelqu'un demande-t-il la parole sur celui du secrétaire général ? sur celui du trésorier ?

Je tiens à remercier d'abord tous nos collaborateurs de l'année, c'est-à-dire les membres du Conseil de direction, qui ont réussi à obtenir les heureux résultats que l'on vous a signalés : l'Ecole compte 125 élèves, chiffre qui n'a jamais été atteint depuis qu'elle existe. Il y a lieu d'adresser des remerciements particuliers à ceux qui ont supporté presque tout le poids du travail, je veux parler des membres du bureau, et en particulier du secrétaire général, du trésorier et des vice-présidents.

J'arrive maintenant à l'attaque dirigée contre un de nos actes. Cet acte a été accompli par le Conseil, mais c'est sur mon initiative, et j'en prends toute la responsabilité ; je suis persuadé, d'ailleurs, que j'ai agi au mieux des intérêts de l'Ecole en le provoquant. Du reste, comme j'ai l'avantage d'être soumis à la réélection, il vous sera facile de témoigner par vos votes si vous approuvez ma gestion. Au cas où vous auriez à vous en plaindre, je me déclare prêt à rentrer dans le rang, avec plaisir même, pour *retourner à mes chères études*, suivant une expression bien connue. Si l'on ne désire pas de discussion à cet égard, il sera loisible de manifester à l'aide d'un bulletin de vote l'opinion que l'on conçoit de mon administration.

M. le Dr Roy. — M. Godon a tort de revendiquer pour lui seul toute la responsabilité de l'acte en question ; le Conseil de direction en est responsable aussi, ou tout au moins la majorité.

M. Godon. — Personne ne demandant la parole, je vais mettre aux voix le rapport du secrétaire général. Je vous rappelle qu'en l'adoptant vous approuvez par cela même tous les actes du Conseil.

Le rapport du secrétaire général est mis aux voix et adopté.

Il en est de même de celui du trésorier, ainsi que du projet de budget.

5° *Modifications aux statuts et au règlement intérieur.*

M. Godon. — L'ordre du jour, mentionné sur la convocation que vous avez reçue, porte des modifications à l'organisation du corps enseignant. Ces modifications, approuvées par le corps enseignant actuel, ont trait principalement à la durée des services dans ce corps et sont destinées à permettre aux jeunes gens de franchir graduellement les divers postes. D'autres, qui vous sont proposées par le bureau, s'appliquent aux statuts et aux autres parties du règlement intérieur : c'est ainsi que l'une est relative au fonds de réserve, une autre au local. La commission spéciale vous fera connaître tout à l'heure que nous sommes en train de chercher un nouveau local.

Je m'arrête d'abord sur la question du fonds de réserve. Actuellement, d'après l'art. 9, nos capitaux doivent être placés en obligations ; nous demandons qu'ils puissent l'être aussi en *immeubles*, en faisant remarquer que le mot *immeubles* se trouvait primitivement dans notre article, mais qu'il a été supprimé sur la demande du Conseil d'Etat. Nous espérons en obtenir le rétablissement.

A l'art. 10 nous demandons le remplacement des mots *est inaliénable* par ceux-ci : *placé conformément à l'art. 9, ne peut être aliéné qu'après dé-*

cision d'une assemblée générale, convoquée spécialement à cet effet et comprenant au moins le quart des sociétaires ; ses revenus, etc.

Voilà pour les statuts. Dans le règlement intérieur nous demandons un article 36 sur les archives, afin de combler une lacune ; mais c'est une question de détail.

En terminant, j'ajouterai que la convocation porte par erreur, au nombre des membres sortants, M. Jeay ; c'est *M. Jean* (Francis), qu'il faut lire.

Nous allons aborder maintenant la discussion de ces diverses modifications. Commençons par celles du règlement intérieur.

M. le Dr Roy, rapporteur. — Nous apportons à l'art. 48 un changement de pure forme, nous remplaçons le mot *accessoires* par *non techniques*.

M. Godon. — Avant d'ouvrir la discussion sur cet article, quelqu'un désire-t-il la parole sur la discussion générale?

M. de Marion. — Je la demanderai, ainsi du reste que je vous en ai avisé par lettre.

Tout dernièrement, lors de la séance de réouverture des cours, M. Brouardel disait qu'il est possible de rendre l'Ecole plus importante et que cela dépend de vous. L'Ecole de la rue Rochechouart est, en effet, la seule qui donne un enseignement vraiment scientifique, car, tandis que ses professeurs sont nommés au concours, partout ailleurs ils sont nommés suivant les influences dont ils disposent. En relevant encore le niveau de ces concours, vous feriez de l'Ecole une sorte d'établissement d'assistance publique, où l'on serait très honoré d'être professeur. Je demande donc, à l'art. 48, que *tous les postes* du corps enseignant s'obtiennent au concours. Il n'y a plus de raison de faciliter les élèves diplômés comme autrefois, puisque vous êtes assez nombreux et assez forts maintenant pour assurer le recrutement de ce corps, et vous opéreriez ainsi une véritable sélection entre les plus méritants.

M. le Dr Roy, rapporteur. — La Commission ne fait pas d'opposition de principe à ce que les démonstrateurs soient nommés au concours. Si la chose ne s'est pas faite antérieurement, c'est parce que ce poste était confié à des jeunes gens ayant donné des preuves de leurs connaissances ; c'était une sorte de stage qui permettait de juger de leur valeur et de leur aptitude à remplir une fonction plus élevée.

Quant au poste de préparateur, il n'y a pas lieu de le mettre au concours, car il est moins important que celui de démonstrateur et le concours sur titres peut suffire.

L'art. 48 modifié est mis aux voix et adopté dans sa première partie :

Pour faire partie du corps enseignant de l'Ecole (sauf pour les cours *non techniques*), on doit être admis à la pratique légale.

M. de Marion demande que, dans la seconde partie, on supprime les mots *à partir du chef de clinique inclusivement.*

M. Godon. — Faisons une réserve pour les préparateurs, qu'il est encore difficile de trouver. M. Roy reprochait à l'instant à nos jeunes leur manque de zèle. Quand on a mis le pied dans l'étrier, on est, un peu malgré soi, pris dans l'engrenage et l'on sert l'Ecole. Je demande donc qu'on nous laisse le choix pour les préparateurs.

M. le Dr Monnet. — Qu'entend-on par préparateur ?

M. Godon. — Le préparateur doit être ici ce qu'il est ailleurs et certains préparateurs travaillent quand ils ont des professeurs qui les font travailler.

M. Monnet. — On peut, en effet, laisser ces nominations au choix.

M. Godon. — Récemment un de nos diplômés demandait à être démonstrateur ; ce n'était pas possible ; mais nous avons pu le nommer préparateur, et cela l'a attaché à l'institution.

M. de Marion. — Je formule ainsi mon amendement : tous les postes, *sauf celui de préparateur*, s'obtiennent au concours. Voici également une autre rédaction : les postes, *à partir de celui de démonstrateur inclusivement*, s'obtiennent au concours.

Cette dernière rédaction est mise aux voix et adoptée.

M. le Dr Roy. — L'art. 50 ancien (il le lit) est incompréhensible et contient une erreur typographique. Nous vous proposons l'art. 50 suivant (il le lit) :

Art. 50. — Les jurys de concours sont désignés par le tirage au sort, et composés de trois professeurs du corps enseignant de l'École, d'un membre du Conseil d'administration et du président-directeur de l'Ecole ; pour les concours au poste de chef de clinique, deux professeurs suppléants feront partie du jury *avec un professeur titulaire comme président.*

M. le Dr Friteau. — A la Faculté de médecine, quand on tire au sort, le plus âgé et le plus jeune des candidats sont présents.

M. Martinier. — Ici le tirage se fait au Conseil de direction.

M. Friteau. — Il faut nous rapprocher le plus possible de ce qui se fait à la Faculté.

M. le Dr Roy. — L'opération a lieu en présence de 20 membres ; il n'y a donc pas lieu d'en suspecter la loyauté.

M. Godon. — On peut tout aussi bien ajouter la présence des candidats.

M. Lemerle appuie l'observation de M. Godon. *M. Bonnard* appuie celle de M. Friteau.

M. Godon propose l'adjonction des mots *fait publiquement* après « tirage au sort ».

M. Richard-Chauvin. — Avec le vote de l'amendement de Marion il faut ajouter *et de démonstrateur* après « chef de clinique ».

M. le Dr Roy. — Cela va de soi.

L'art. 50, ainsi modifié, est mis aux voix et adopté.

M. de Marion. — Je demande l'adjonction à l'art. 53, § 4, de la phrase : « A dater de . . . . il ne sera plus donné de points pour services rendus à l'Ecole ». Cette proposition est la continuation de ma thèse ; j'estime qu'il y a assez d'éléments maintenant pour choisir le personnel enseignant et que les candidats ne devront plus compter que sur leurs titres scientifiques.

M. le Dr Roy. — Je ne crois pas que la Commission puisse accepter la proposition de M. de Marion, parce que, dans une institution qui ne fonctionne qu'avec le concours de tous, il n'est pas possible de ne pas tenir compte des services rendus ; toutefois, nous en tenons compte dans une mesure restreinte.

M. de Marion. — S'il y avait pénurie de candidats, cela se concevrait, mais ce n'est pas le cas. Il n'y a pas de dévouement qui tienne ; l'Ecole n'a plus besoin de services, elle a une situation telle qu'elle peut s'en passer et n'accepter que la collaboration de gens compétents.

M. le Dr Monnet. — Ce n'est pas parce que l'Ecole est une institution privée qu'il ne faut pas tenir compte des services. Dans tous les concours on tient compte aux candidats des connaissances dont ils ont fait preuve, du dévouement qu'ils ont montré, et le concours sur titres existe dans toutes les Facultés. Puisque nous faisons de l'enseignement supérieur, il faut nous rapprocher le plus possible de ce qui se passe dans ces établissements donnant cet enseignement.

M. de Marion. — Je comprends des points aux démonstrateurs et aux chefs de clinique, mais je n'admets pas les points administratifs.

M. Martinier. — Il n'y a pas de points administratifs ; il y a des points pour les services scientifiques et les publications scientifiques.

M. de Marion retire son amendement.

M. le Dr Roy. — L'art. 54 ancien (il le lit) pourrait faire croire qu'il ne s'agit que des professeurs titulaires de clinique et de dentisterie opératoire ; aussi proposons-nous d'y substituer la rédaction suivante :

Art. 54. — Les professeurs titulaires sont nommés par le Conseil d'administration, sur la proposition de la commission d'enseignement et d'après un concours sur titres ; ils sont pris parmi les professeurs suppléants avec un minimum de cinq années de suppléance, *sauf la réserve de l'article* 48.

M. Monnet. — Que fait-on pour les professeurs des cours non techniques ?

M. le Dr Roy. — Un concours sur titres.

M. Godon. — Nous croyons opportun de ne pas étendre cette mesure aux professeurs des cours non techniques.

L'art. 54 est mis aux voix et adopté.

M. de Marion. — Il y a lieu de modifier l'art. 55.

M. le Dr Roy. — C'est juste ; il faut supprimer les mots *les démonstrateurs*, de même qu'il est nécessaire d'ajouter à l'article 53 *et les démonstrateurs* après les mots *chefs de clinique.*

M. Bonnard. — Il en est de même dans l'art. 56.

M. le Dr Roy. — A l'art. 57 ancien (il le lit) nous proposons d'ajouter les paragraphes suivants (il les lit) :

Les professeurs suppléants ne peuvent rester en fonctions plus de dix ans, les chefs de clinique plus de six ans, les démonstrateurs et préparateurs plus de quatre ans.

La limite d'âge pour les professeurs titulaires est fixée à cinquante-cinq ans.

Les professeurs suppléants, à l'expiration de leurs fonctions, même s'ils ont été réinvestis pour une seconde période, ne pourront être titularisés qu'autant qu'il y aura une vacance parmi les professeurs titulaires.

Après une période régulière d'exercice, les professeurs et professeurs suppléants qui cessent d'être en fonctions conservent leur titre.

Les chefs de clinique et démonstrateurs prennent celui d'ex-chef de clinique ou d'ex-démonstrateur.

Cette disposition n'est pas applicable aux chefs de clinique en fonctions avant le 1er janvier 1897.

M. Friteau demande l'adjonction du mot *dernière* avant « disposition » sans aller à la ligne pour la dernière phrase.

M. Legret. — Pourquoi les chefs de clinique ne conservent-ils pas leur titre quand les professeurs le conservent ?

M. Monnet. — Cela n'a pas d'importance pour le moment, mais pourrait en avoir par la suite ; en effet, si un chef de clinique ne fait plus de service il y a inconvénient à ce qu'il conserve son titre.

M. le Dr Roy. — Il n'est pas logique qu'on laisse un titre à des membres du corps enseignant qui ne sont plus en fonctions. L'anomalie que signale M. Legret n'est qu'apparente : quand le chef de clinique a fini sa période, le poste qu'il a rempli ne lui donne droit à rien, si ce n'est à des points pour les concours à venir. Au contraire, le professeur suppléant est un professeur en expectative, c'est pour cela qu'on lui laisse son titre. C'est ainsi que les choses se passent à la Faculté de médecine : un professeur agrégé conserve indéfiniment son titre parce que ce titre lui confère le droit de poser sa candidature à toutes les places de professeur titulaire qui se trouvent vacantes.

A l'Ecole, tout possesseur d'un titre se contente de celui-ci pourvu que ses fonctions continuent. Le jour où il ne pourra plus porter ce titre que

précédé du mot *ex*, et où il n'aura *plus de fonctions*, cette circonstance l'engagera à poser sa candidature pour un poste plus élevé.

M. Legret. — Tout dépend du point de vue où l'on se place ; pour ma part, je viens ici pour apprendre et non pour enseigner.

M. Godon. — Dans la rédaction nouvelle qui vous est soumise, il y a une clause qui peut frapper un de nos meilleurs professeurs d'une façon peu équitable comparativement à ceux qui ont subi le concours en même temps que lui ; c'est celle qui fixe la limite d'âge à 55 ans pour les professeurs titulaires. Dans un an il nous faudra le perdre, tandis que ceux qui auront été nommés en même temps que lui pourront rester en fonctions beaucoup plus longtemps, uniquement parce qu'ils sont plus jeunes; je demande donc une disposition transitoire.

M. Monnet. — Pourquoi faire tant de distinctions ? Puisqu'il s'agit de M. Ronnet — car c'est bien lui, je crois, que vous désignez ainsi — puisque c'est en effet un de vos meilleurs professeurs et, en même temps, un de ceux qui sont les plus sympathiques à tous sans exception, il faut dès ce soir lui donner par acclamation une prolongation de fonctions. L'assemblée est souveraine, elle peut émettre un vote dans ce sens, qui ira plus droit au cœur de M. Ronnet qu'un article de règlement et qui sera en même temps un témoignage de satisfaction. Nous sommes en présence d'un cas exceptionnel, prenons une mesure exceptionnelle et n'adoptons pas un règlement qui pourrait dans la suite nous créer des difficultés. Je propose à l'assemblée de décider que M. Ronnet sera maintenu dans ses fonctions pendant 10 ans.

M. Stévenin. — Vous reconnaissez qu'un professeur de 55 ans peut rendre des services ; mais il peut y avoir d'autres professeurs dans ce cas.

M. de Marion. — Je propose de voter l'article tel qu'il est et d'acclamer M. Ronnet comme professeur titulaire pour une nouvelle période.

La proposition de MM. Monnet et de Marion est mise aux voix et adoptée.

M. Chauvin. — En présence de services exceptionnels il faut permettre au Conseil de direction de vous proposer des mesures comme celle-là.

Les 4 dernières lignes de l'art. 57 sont mises aux voix et adoptées.

M. Chauvin. — Les chefs de clinique en fonctions avant le 1er janvier 1897 continueront donc de conserver leur titre ?

M. le Dr Roy. — Il s'agit de liquider une situation ancienne : un certain nombre de membres sont en fonctions depuis très longtemps et c'est une petite faveur que nous laissons aux ouvriers de la première heure.

M. Chauvin. — Cela répond-il à l'objection de M. Legret ?

M. le Dr Roy. — M. Legret parle pour l'avenir.

M. Godon. — M. Legret vous propose l'amendement suivant : « Les chefs de clinique, etc., prennent celui de *chef de clinique* ».

L'amendement est mis aux voix et repoussé.

L'art. 57 modifié est mis aux voix et adopté.

M. Roy. — Il s'agit d'ajouter à l'art. 58 le paragraphe suivant :

Un congé ne pourra être accordé que pour une durée de trois mois, renouvelable. Tout professeur qui n'aura pas rempli ses fonctions pendant une durée de deux ans, sauf pour le cas de maladie dûment constatée, pourra être considéré comme démissionnaire.

Le texte qui vous a été envoyé porte *sera* considéré ; mais c'est une faute.

L'art. 58 est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Nous avons terminé avec les modifications au règlement

intérieur ; nous arrivons à celles des statuts. Ainsi que je vous l'ai dit tout à l'heure, nous demandons l'addition des mots *ou en immeubles* à la fin de l'art. 9 (Il donne lecture de cet article).

M. Monnet. — S'agit-il d'hypothèques ou d'immeubles appartenant à la Société.

M. Godon. — Appartenant à la Société ; nous avons des fonds, il faut les employer. Laissez-nous toutefois le soin de la rédaction ; c'est le principe que nous approuvons.

L'art. 9 est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Je vous ai fait connaître au début de la séance la modification à apporter à l'art. 10 (Il relit l'article).

M. Monnet. — Serez-vous sûrs de réunir le quart des membres de la Société ? Vous courez grand risque d'avoir des indifférents ou des coupables.

M. le Dr Roy. — Pour obvier à cet inconvénient, on peut décider que, si la première assemblée ne comprend pas le 1/4 des membres, on en convoquera une seconde, qui pourra valablement délibérer, quel que soit le nombre des membres présents.

L'art. 10 précité, modifié ainsi qu'il suit dans son dernier paragraphe à la fin : « *ou qu'après décision d'une seconde assemblée, quel que soit le nombre des membres ;* » est mis aux voix et adopté.

6° *Elections pour le renouvellement partiel du Conseil d'administration.*

M. Godon. — Vous avez à élire dix membres du Conseil d'administration en remplacement de MM. Bonnard, Dubois (décédé), Godon, Jean, Legret, Lemerle, Loup, Löwenthal, Prest et Roy, membres sortants.

Le scrutin est ouvert. Il est procédé au vote.

M. Godon. — Pendant le dépouillement des votes nous allons reprendre la question des modifications.

7° *Modifications au règlement intérieur (suite).*

M. Godon. — Nous avons oublié un dernier article que nous vous proposons, au nom du bureau ; il est relatif aux archives. Nous sommes obligés de nous occuper de nos archives, parce que nous allons changer de local ; mais la modification proposée n'a pas grande importance. Voici l'art. que nous vous soumettons ; il porte le n° 36 (il en donne lecture) : *Les archives contiennent toutes les pièces intéressant la Société : correspondance, pièces comptables, propositions, rapports, procès-verbaux. Ces pièces sont numérotées, cataloguées et confiées au bibliothécaire-archiviste, qui en est responsable.*

Cet art. 36 est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — Le vote de cet article nous oblige à ajouter le mot *archiviste* au mot *bibliothécaire* dans l'art. 7, et les mots *ainsi que des archives* après *et en la garde* dans l'art. 19. De plus, pour ne pas changer le numérotage de nos articles, nous réunissons les art. 33 et 34, relatifs aux propositions soumises au Conseil de direction, en un seul, portant le n° 33, et les art. 35 et 36 anciens deviennent respectivement 34 et 35.

Ces diverses modifications sont mises aux voix et adoptées.

8° *Changement de local.*

M. Godon. — Je donne la parole à M. Viau pour vous mettre au courant de la question du changement de local.

M. Viau. — Cette affaire du changement de local est bien grave ; mais c'est aujourd'hui une solution impérieuse. Il ne faudrait pas croire qu'on ne s'y est pas pris à temps pour négocier avec le propriétaire ; bien au

contraire, depuis deux ans une commission a été chargée de s'en occuper. Pour obtenir une prolongation du bail, qui expire en juillet prochain, nous consentions à ne pas demander de réparations locatives. Le propriétaire, qui est un homme extrêmement retors, n'a jamais voulu nous dire quoi que ce soit de fixe.

A la mort de M. Dubois, qui faisait partie de cette commission et qui s'occupait spécialement de cette question, on a nommé une nouvelle commission, composée de MM. Papot, Lemerle et moi. Il y a 15 jours nous avons eu une dernière entrevue avec le propriétaire, mais nous n'avons rien obtenu. Nous voulions qu'il ne louât pas à une autre institution, qu'il ne nous obligeât pas à démolir nos constructions, lui faisant observer que celles-ci donnaient une plus-value à son immeuble; mais il a continué la même tactique et il s'est retranché derrière un prétendu mandat. Il ne veut renouveler le bail que pour 3 ans; puis il nous augmente de 1000 francs et, quelques jours après, il augmente encore de 1000 francs, ce qui porterait notre loyer à 10.000 francs.

Nous avons donc proposé au Conseil de quitter ce local en lui soumettant diverses combinaisons : achat d'un immeuble, construction ou location. Nous avons pensé dès lors devoir vous mettre au courant de ce qui a été fait, vous demander de l'approuver, comme aussi d'approuver ce qui sera fait à cet égard.

M. Godon. — D'après ce qui vient d'être dit, nous allons être amenés à changer de local ; mais nous ne pouvons le faire qu'avec votre autorisation, aux termes de l'art. 2 des statuts, qui fixe, 57, rue Rochechouart le siège de la Société ; nous avons donc besoin de votre vote.

M. Viau. — Dans nos premières démarches nous avons eu surtout en vue d'acheter l'immeuble actuel.

M. Godon. — M. Dubois s'était chargé de ces négociations, que sa mort a retardées. Nous avons été indignés des procédés du propriétaire qui passait brusquement de 8000 à 9000 fr., puis de 9000 à 10.000. On peut se demander où s'arrêteraient ses exigences.

M. Monnet. — Il se peut qu'il vienne à récipiscence à la suite du vote de l'assemblée générale, qu'on ne manquera pas de lui faire connaître. Mais, abstraction faite de cela, estimez-vous qu'il y ait avantage à partir d'ici ?

M. Godon. — Le Conseil de direction fera son possible pour que les locaux choisis soient plus convenables. Quoi qu'il en soit, nous vous proposons dès à présent de supprimer à l'art. 2 précité la phrase *dont le siège est à Paris*, 57, *rue Rochechouart et* 4, *rue Turgot* ; cela nous permet ainsi de changer de local.

Cette suppression est mise aux voix et adoptée.

M. Godon. — Si vous avez connaissance de locaux disponibles susceptibles de nous convenir, veuillez en aviser le Conseil de direction.

M. Monnet. — Dans quel quartier voulez-vous aller ?

M. Godon. — Certains membres voudraient aller sur la rive gauche.

M. Monnet. — La question du recrutement des malades a son importance.

M. le Dr Roy. — C'est un des éléments de la question.

M. Godon. — La solution est : ou une location ou une acquisition de maison ou une acquisition de terrain avec construction, et nous avons une combinaison financière qui nous permet d'accepter les deux dernières.

M. Loup. — Ne pourrait-on pas faire une location à bail et, pendant ce temps, ouvrir une souscription publique pour un achat ?

M. Monnet. — Quand on aura un local, il sera facile de trouver de l'argent.

M. Godon. — Nous souhaitons tous de voir s'élever une construction qui nous convienne parfaitement.

9° *Résultats du scrutin.*

M. Godon. — Voici les résultats du scrutin auquel il vient d'être procédé pour le renouvellement partiel du Conseil de direction :

Nombre des votants : 49

Majorité absolue : 25

Ont obtenu :

MM. Lemerle...........	40 voix	MM. Rozenbaum........	3 voix
Godon.............	39	Meng..............	2
Bonnard..........	37	Laurence..........	2
Legret.............	33	Ber................	2
Monnet............	31	Mary..............	2
Prest..............	29	Ronnet............	2
de Marion...... ...	29	Gillard............	2
Fr Jean............	26	Touchard..........	2
Löwenthal	25	Stévenin...........	2
Chauvin...........	25	Dugit..............	2
Loup..............	24	Duvivier...........	2
Tusseau	23	Falloy.............	2
Roy	22	Bioux.............	1
Friteau............	21	Jeay...............	1
Billet..............	16	Billebault..........	1
Paulme............	11	Giret..............	1
Borcier............	9		

En conséquence de ces votes, MM. Lemerle, Godon, Bonnard, Legret, Monnet, Prest, de Marion, Fr Jean, Löwenthal et Chauvin sont nommés membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris pour 2 ans.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le Secrétaire général,
Dr Maurice Roy.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Fondée par souscription en 1880, subventionnée par la ville de Paris

Médaille d'Or du Ministre du Commerce (1887)

rue Turgot, 4, *et rue Rochechouart*, 57

ANNÉE SCOLAIRE 1896-97 (Dix-septième année)

Ch. GODON, DIRECTEUR.
MARTINIER, SECRÉTAIRE GÉNÉRAL.

Cette institution est la première école professionnelle fondée en France, en 1880. Elle se compose d'une école pour les étudiants en chirurgie dentaire et d'un dispensaire gratuit pour lesmalades. Elle est soutenue par l'Association générale des dentistes de France. La ville de Paris et le département de la Seine la subventionnent annuellement et les Ministres de l'Instruction publique et du Commerce lui accordent des prix.

L'enseignement, divisé en deux parties, l'une **Théorique**, l'autre **Pratique**, est réparti en trois années. Les cours théoriques ont lieu le soir de 8 à 10 heures.

Cours de première année. Physique, Métallurgie et Mécanique appliquées, Chimie, Anatomie, Physiologie.

Cours de deuxième année. Anatomie, Physiologie, Histologie, Micrographie, Dissection, Pathologie générale, Thérapeutique et matière médicale.

Cours de troisième année. Anatomie et Physiologie dentaires humaines et comparées, Histologie dentaire, Application du microscope, Pathologie générale : 1° maladies de la bouche ; 2° affections du système dentaire. — Thérapeutique spéciale : 1° traitements, obturations, aurifications, extractions ; 2° anesthésie. — Prothèse dentaire : 1° prothèse proprement dite ; 2° orthopédie dentaire, restaurations buccales et faciales. Droit médical dans ses rapports avec l'art dentaire.

L'École dispose d'un aménagement spécial pour l'enseignement pratique qui comprend trois sections :

1° **Clinique.** Le matin de 8 à 11 heures (opérations immédiates au fauteuil) consultations, extractions, anesthésie, prothèse et redressements, leçons cliniques.

2° **Dentisterie opératoire** (Les salles qui y sont consacrées contiennent soixante fauteuils). Nettoyage de la bouche, traitement de la carie dentaire et des différentes affections buccales du ressort de la clinique dentaire. Démonstrations des différentes méthodes d'obturations et aurifications, dents à pivot, application des appareils de prothèse et redressements.

3° **Prothèse pratique.** Tous les jours, de 2 à 6 heures, dans un laboratoire où une place est réservée à chaque élève.

Par suite de l'autorisation de délivrer à ses élèves les 12 inscriptions réglementaires exigées par les décrets du 27 juillet 1893 et du 31 décembre 1894, fixant les conditions d'études de l'art dentaire, cette institution est devenue une **Ecole préparatoire au Diplôme d'Etat.**

Pour suivre les cours il faut être âgé de 17 ans au moins. Les étrangers et les dames sont admis. Les droits sont de 400 francs chaque année. L'Ecole ne reçoit que des élèves externes.

L'École reçoit, en dehors des élèves réguliers candidats au diplôme d'État, des élèves à titre étranger postulant seulement son diplôme, des dentistes désirant suivre pendant un ou plusieurs trimestres ses cours complémentaires, et enfin des élèves *mécaniciens-dentistes* désirant obtenir le *brevet spécial* qu'elle délivre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Secrétaire général, 4, rue Turgot, Paris.

Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.

ECOLE ET DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS

CONSEIL D'ADMINISTRATION

BUREAU

Ch. Godon, Q, Président-Directeur.

G. Viau, ✿, Vice-Président.
Martinier, Secrétaire général.
Dr Sauvez, Secrétaire-adjoint.
Bonnard, Bibliothécaire-archiviste.
Lemerle ✿, Vice-Président et Conservateur du Musée.
d'Argent, Trésorier.
Stevenin, Conservateur adjoint du Musée.
Prével, Econome.

MEMBRES

L. Bioux.
J. Choquet.
Francis Jean ✿
Jeay.
Legret.
Löwenthal.
de Marion.
Martinier.
Papot 8.
Ed. Prest.
Stévenin.

MEMBRES HONORAIRES

Em. Lecaudey, ✱ ✿, Président-Directeur.
P. Poinsot, ✿, —

A. Aubeau, Q. — P. Chrétien. — Debray. — Dugit père. — A. Dugit. — F. Gardenat. — Dr Kuhn. — E. Pillette. — A. Ronnet, Q. — Wiesner ✱ Q.

CORPS ENSEIGNANT

Année scolaire 1896-1897.

PROFESSEURS HONORAIRES

A. Aubeau, ✿, Dr en médecine.
G. Deny, Dr en médecine, médecin de l'hospice de Bicêtre.
Faucher Q, Dr en médecine, ex-interne.
Gérard, ✿, Dr ès-sciences, professeur à la faculté des sciences de Lyon.
E. Pillette, chirurgien-dentiste.

PROFESSEURS

G. Blocman, Q, médecin de la Faculté de Paris.
Gillard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Ch. Godon, Q, chirurg.-dentiste de la Faculté de Paris.
Grimbert, docteur ès-sciences, pharmacien des hôpitaux.
R. Heïdé, Q, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Isch-Wall, ✿, Dr en médecine, ex-interne.
Francis Jean, Q, chir.-dentiste de la Faculté de Paris.
Lemerle ✿, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
P. Marié, ✿, Dr en médecine et ès-sciences, pharmacien de 1re classe.
Ed. Papot 8, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Pinet, I Q, Dr en médecine.
P. Poinsot, Q, chirurgien-dentiste.
Richard-Chauvin, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Roger, avocat à la Cour d'appel.
A. Ronnet ✿. chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Serres, prof. de sciences à l'Ecole J.-B.-Say.
Sébileau, prof. agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
G. Viau, ✿, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

PROFESSEURS SUPPLÉANTS

Barrié, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Bonnard, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.
Frey, dr en méd., ex-interne des hôpitaux.
Friteau, docteur en médecine.
Martinier, chir.-dent. de la Fac. de Paris.
Monnet, docteur en médecine.
M. Roy, docteur en médecine.
E. Sauvez, docteur en médecine.
F. Touchard (O. I.) Q, chirurgien-dentiste de la Faculté de Paris.

CHEFS DE CLINIQUE

D'ALMEN ....
D'ARGENT...............
BIOUX (L.)...............
DEVOUCOUX. ....
FANTON-TOUVET (Ed.)..
LEGRET................
LOUP ....
MARTIAL-LAGRANGE Q.
} D. E. D. P. Chir.-Dentist. de la Fac. de méd. de Paris.

MENG Q, chirurgien-dentiste D. E. D. P.

PREVEL...................
PREST (Ed.)..............
} D. E. D. P. Chirurgiens-Dentistes de la Faculté de méd. de Paris

DÉMONSTRATEURS ET PRÉPARATEURS DE COURS

ARNOLD................
BILLEBAUT ....
BILLET ....
BORCIER................
CATTON.................
CECCONI................
CHOQUET (fils).........
DE CROES...............
DELAUNAY.............
DE LEMOS..............
DENIS (Em.) ✿.........
DUVOISIN. ....
FALLOY..................
FRESNEL................
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

JOSEF.................
JACOWSKI.............
JEAY.....................
LISKENNE...............
MAHE....................
MARTIN ....
PAULME.................
SCHULLER...............
STEVENIN...............
} D. E. D. P. chirurgiens-dentistes de la Faculté de médecine de Paris.

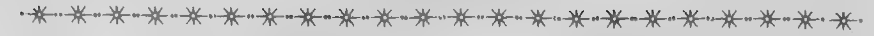
HIRSCHBERG.......... } D. E. D. P.

LABORATOIRE DE PROTHÈSE

LÖWENTHAL, chirurgien-dentiste D. E. D. P., professeur suppléant de prothèse pratique.

Abréviations : D. E. D. P. diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris.

17e ANNÉE. No 2. FÉVRIER 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4



L'ODONTOLOGIE

A NOS CONFRÈRES.

Dans leur séance du 30 *janvier dernier, les Conseils réunis de* l'Association générale des Dentistes de France, *de* l'Ecole dentaire de Paris *et le bureau de la* Société d'Odontologie *ont procédé, conformément au règlement, à l'élection du Comité directeur de notre organe* « L'ODONTOLOGIE ».

Cette assemblée souveraine a fait choix, dans la plénitude de sa liberté, de ceux qui lui paraissaient les mieux qualifiés pour continuer l'œuvre du tant regretté Dubois et pour donner au journal l'impulsion qu'exige son importance, tant au point de vue technique et théorique qu'au point de vue professionnel.

L'ODONTOLOGIE *doit en effet garder sa place et justifier son passé en restant l'organe des dentistes français sans distinction et sans catégorie.*

Fondée, il y a 17 ans, par les dentistes soucieux de s'instruire, d'étendre et de propager leurs connaissances scientifiques et techniques, elle a toujours veillé, en sentinelle avisée, à ce que ses lecteurs soient tenus au courant des progrès de l'art dentaire aussitôt après leur réalisation. Mais, en outre, de tout temps, elle a soutenu avec une persévérance et une vigueur incessantes et toujours croissantes que l'art dentaire ne doit espérer augmenter ou perfectionner son bagage opératoire et même le maintenir à son niveau actuel qu'en s'appuyant sur les seuls confrères qui soient susceptibles de comprendre les aspirations de la corporation et de poursuivre l'œuvre commencée par les fondateurs de l'Ecole Dentaire de Paris.

Sans doute nous applaudissons de tout cœur à la poussée scientifique qui actuellement élève notre art et notre profession. Ce n'est pas une raison cependant pour nous laisser envahir uniquement par la théorie. C'est pourquoi aussi nous adresserons notre appel à tous ceux des nôtres, humbles ou réputés, qui s'intéressent à la dentisterie, qui aiment notre profession pour elle-même et pour les satisfactions qu'elle procure. A ceux-là nous déclarons très haut et très net que nous suivons surtout le mouvement professionnel, en affirmant ici que le passé n'a rien à renier. Le dentiste, à notre avis, doit être d'abord un opérateur et un artiste habile et sûr, qui se doublera désormais — ce qui ne gâtera rien — d'un érudit et d'un savant.

Tout ceci était bon à dire, car, dans ses choix, l'assemblée délibérante, notre diète à nous, s'est inspirée de ces considérations pleines de

justice et de vérité. Elle a pensé que les hommes peuvent changer, les institutions se modifier, mais que les principes doivent rester intangibles et immuables.

Ses choix ont été dictés par l'idée qu'elle s'était faite de ses devoirs.

C'est pourquoi elle a maintenu à la direction du journal Ch. Godon, dont tous les dentistes connaissent le constant et inaltérable dévouement.

La démission du Dr Roy l'obligeait à élire un nouveau rédacteur en chef. Dans leur vote, les électeurs n'ont obéi qu'à une seule considération, affirmer leur droit à l'existence scientifique, en confiant ces délicates fonctions à l'un des leurs, dentiste d'abord et dentiste seulement, l'un des mieux qualifiés pour parler en leur nom.

M. G. Viau est, en effet, un des plus anciens professeurs de notre Ecole, un des membres les plus actifs de nos sociétés, un de ceux qui ont le plus et le mieux lutté pour la défense de nos intérêts Enfin son passé scientifique, ses travaux, ses publications lui avaient assuré déjà une place très honorable devant ses pairs. Aussi, malgré ses protestations d'excessive modestie, M. Viau a dû subir la violence que lui a faite le vote presque unanime de l'assemblée, et c'est lui, pour cette année, qui assumera la tâche, lourde sans doute, mais que nous osons espérer féconde, de rédacteur en chef.

Autour de ces deux noms Godon et Viau on a groupé ceux des membres du Comité de rédaction et des principaux collaborateurs du journal.

Nous avons accepté les fonctions qui nous étaient attribuées par nos mandants, et est-il besoin de le dire, nous avons voulu qu'aucune rétribution n'y fût attachée. Tel qu'il est, cet ensemble d'élus se présente à vous, chers confrères, vous offrant son entier dévouement et vous promettant son incessant labeur.

C'est qu'en effet le Comité n'entend pas se tenir en une quiétude stérile et ne se contenter, pour toute satisfaction, que de voir le nom de ses membres inscrit en vedette sur la couverture du journal. Il entend faire œuvre utile, efficace, active, pour le plus grand bien et le meilleur renom de la dentisterie française.

La loi de 1892 nous a donné notre place au grand soleil de la science et nous nous en félicitons. Peut-être cependant serions-nous d'avis, avec les plus anciens de notre art, qu'elle n'a pas, dans la consécration officielle du diplôme, accordé une place assez grande au savoir pratique et utile. C'est pourquoi nous avons estimé qu'en indispensable corollaire, elle nous crée des devoirs à côté des droits qu'elle nous confère.

Et nous entendons démontrer à ceux qui suivent nos efforts que nous savons faire œuvre de science et de pratique.

Aussi bien accorderons-nous de préférence l'hospitalité à tous les travaux originaux qui nous seront envoyés plutôt qu'à des compilations de médiocre intérêt ou à des œuvres déflorées déjà par une publication antérieure.

Quand nous parlons de travaux originaux, nous entendons tous ceux qui se rattachent à notre art, à l'exposé de la technique, à la

discussion des moyens, aux questions générales qui dominent et gouvernent la science, à celles enfin qui ont trait à l'enseignement de l'art dentaire.

Est-ce à dire que nous n'accorderons pas place à ces communications d'ordre purement pratique, à ces découvertes de laboratoire et d'atelier si utiles et si importantes à notre spécialité ? — Ce serait renier notre programme de tout à l'heure et ce serait mal connaître l'esprit qui nous anime. Nous sommes en effet de ceux qui pensent que, si la science plane, le malade souffre. Et le mieux n'est-il pas d'aider à faire des praticiens habiles plutôt que de se borner à faire des philosophes de l'art dentaire?

C'est pourquoi nous avons créé en ce journal la Tribune ouverte *dont nous parlons plus loin.*

Les plus réputés, comme les plus humbles de nos collaborateurs et de nos confrères, seront accueillis les mains tendues, et nos colonnes s'ouvriront à eux largement pour recueillir le fruit de leur travail quotidien, comme le résultat des réflexions et des idées de toute leur vie.

Le Comité de rédaction examinera avec le plus grand soin et la plus grande impartialité, comme aussi avec la plus absolue liberté, tout ce qui lui sera soumis, et il accepte la responsabilité entière et complète de tout ce qui sera publié dans l'Odontologie. *C'est à cause de cela qu'il entend se réunir pour travailler, dans le sens vrai du terme.*

Il classera les manuscrits, les lira avec soin, les discutera en prenant l'avis de tous les membres, et publiera tout ce qui lui paraîtra propre à intéresser le lecteur et surtout à lui être utile ou profitable.

Aussi bien a-t-il voulu que les efforts qu'il sollicite, les collaborations qu'il veut susciter, a-t-il voulu que tout cela ne demeurât pas sans récompense morale et sans indemnité matérielle.

Tout ce qui reste des bénéfices du journal, en dehors des parts prévues par les règlements, doit avoir son emploi. Nous avons pensé que nous ne saurions en faire meilleur usage que de le faire servir à rémunérer des articles intéressants, dus à nos collaborateurs de Paris, de la province et de l'étranger, au prorata du travail produit et de la valeur intrinsèque de ce travail. Ne voulant rien pour lui, le Comité offre à tous ses collaborateurs une indemnité pour leur effort et leur peine.

Déjà il a décidé l'augmentation du volume du journal qui, au lieu de 64 pages de texte, en aura 72 et qui s'acheminera progressivement vers les cent pages mensuelles que nous désirons.

D'autre part, dans sa première séance, le Comité a voté une somme importante qui sera employée à illustrer le journal, à permettre de faire de nombreux clichés, complétant ainsi par l'image descriptive et suggestive l'aridité parfois décourageante du texte.

Notre journal sera, comme toujours, l'organe fidèle et l'écho précis de nos Sociétés professionnelles, des dentistes français et étrangers. Un bulletin mensuel résumera et appréciera les principaux événements intéressant le monde dentaire.

Comme par le passé, il accordera une place nécessairement impor-

tante à tout ce qui touche la politique et la jurisprudence professionnelles, aux questions de déontologie, aux questions syndicales, à la revue de l'étranger, à la thérapeutique générale et spéciale, à la bibliographie, et il ne dédaignera pas non plus l'article humoristique et gai. Ce ne serait pas un journal français s'il ne comportait pas un peu de cet esprit et de cet entrain qui sont le propre de notre caractère national.

Enfin nous avons encore décidé d'instituer sous forme de Tribune ouverte *un service de renseignements généraux ou spéciaux où chacun sera libre de demander des avis ou d'en émettre sous forme de notes courtes et concises. Il existe en effet un certain nombre de confrères à qui les nécessités de la clientèle permettent à peine quelques heures de repos et ne laissent pas le loisir de lire longuement. Ceux-ci demandent à l'organe auquel ils sont abonnés des conseils ou des moyens pratiques leur permettant de résoudre certaines difficultés spéciales à divers cas qui se présentent parfois dans la clientèle. Il leur suffira d'exposer leur demande pour provoquer des réponses, ou de faire connaître leurs procédés pour en faire bénéficier l'ensemble.*

Cela créera entre tous les dentistes une communion d'idées et permettra un échange de vues grâce auquel nous sentirons plus vivement se resserrer les liens de bonne confraternité qui doivent nous unir.

Voilà, chers confrères, notre programme. Nous vous demandons une fois encore, en terminant, d'être nos collaborateurs en même temps que nos lecteurs et nos amis, et nous le demandons à vous tous, praticiens des villes ou des campagnes.

La tâche que nous avons assumée est honorable et délicate tout à la fois. Pour notre part, nous l'accomplirons avec ardeur et dévouement, tenant à justifier la confiance que vous nous avez accordée.

*Et vos conseils aidant, votre collaboration nous soutenant, nous aurons à cœur de réaliser cet espoir, qui est le vôtre comme il est le nôtre, de conserver à l'*ODONTOLOGIE *le caractère de l'organe le mieux renseigné le plus complet des publications de la dentisterie française.*

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

M. le Dr Roy, pour des motifs personnels, a envoyé, à notre grand regret, sa démission de rédacteur en chef, mais nous avons le plaisir de le compter néanmoins parmi nos principaux collaborateurs.

N. D. L. R.

BULLETIN

LES CONGRÈS EN 1897.

Le XIIe Congrès international de médecine doit avoir lieu au mois d'août prochain à Moscou, comme on le verra dans le corps de ce journal. Il comporte une section d'odontologie avec un programme de technique dentaire où figurent le traitement et l'obturation des dents à pulpes détruites, les couronnes et les travaux à pont, la cataphorèse en dentisterie, etc. Des invitations ont été

officiellement adressées à un certain nombre de chirurgiens-dentistes parisiens.

Les organisateurs ont compris que, si dans les Congrès de médecine on crée une section dentaire, il faut faire appel à tous ceux qui s'occupent d'odontologie sans distinction de grade, pourvu qu'ils soient honorables, à moins de s'exposer à avoir une section dépourvue d'intérêt, comme cela a été le cas dans les précédents congrès de médecine, à Rome notamment, si nous en croyons le rapport de notre délégué à ce congrès.

Il y a donc lieu de féliciter les organisateurs de leur bonne volonté; toutefois un article du règlement menace de rendre cette bonne volonté stérile.

En effet, les chirurgiens-dentistes seront bien reçus à ce Congrès, mais à un titre particulier, celui d'*adhérent extraordinaire.* Ils auront le droit d'apporter leurs travaux, leurs communications, de payer leur cotisation, mais n'auront pas celui de délibérer et de voter avec les adhérents docteurs en médecine.

Nous craignons bien que cette distinction ne soit considérée par quelques-uns de nos confrères, tout d'abord disposés à accepter l'invitation qui leur était adressée, comme une mesure incompatible avec leur dignité, et qu'ils ne préfèrent s'abstenir plutôt que de s'exposer à être renvoyés dans l'antichambre pour attendre la fin des délibérations des adhérents ordinaires.

Ils aimeront mieux sans doute aller porter leurs communications dans un Congrès dentaire où ces différences blessantes n'existeront pas, à Lyon par exemple, où doit avoir lieu, vers la même époque, le 3e Congrès dentaire national.

Il est vrai que la tenue de ce Congrès cette année est maintenant bien problématique, puisque le comité nommé à Nancy l'année dernière pour l'organiser vient de se réunir à Paris et a décidé purement et simplement *d'ajourner le Congrès de Lyon à* 1898.

On aurait, paraît-il, basé cette décision extraordinaire sur les motifs suivants :

1° Le Congrès de médecine de Nancy qui comptait 350 membres a reculé de six mois sa prochaine réunion à cause du Congrès de Moscou ;

2° Un certain nombre de confrères se proposeraient d'aller au dit Congrès de Moscou ;

3° Le Congrès de Nancy n'aurait pas été bien brillant;

4° Il serait utile de rapporter de nouvelles idées pour un prochain Congrès.

Tous ces arguments et d'autres avaient été présentés à Nancy et n'avaient pas réussi à empêcher le vote.

On y avait répondu comme nous le faisons aujourd'hui : que le Congrès de médecine avec ses 350 membres sur 25.000 médecins était proportionnellement moins important qu'un Congrès dentaire avec 100 membres sur 3.000 dentistes ; que la ville et l'époque de l'année qu'il choisissait pour sa prochaine réunion ne pourraient convenir aux dentistes ; que les confrères qui iraient à Moscou

étaient parmi nous fort peu nombreux, au plus trois ou quatre, à notre connaissance; qu'il était possible dans tous les cas de leur permettre d'assister aux deux Congrès ; qu'enfin on exagérait à tort l'importance que devait avoir un Congrès dentaire pour être brillant; c'était une réunion un peu plus nombreuse que les réunions mensuelles des Sociétés odontologiques ordinaires avec un ordre du jour plus étendu et dans une région différente. On ne pouvait à tous les Congrès renouveler la découverte de l'anesthésie; si l'on n'y montrait pas toujours du nouveau, on y faisait toujours de la vulgarisation et de la confraternité, ce qui suffisait à justifier leur utilité.

Quelques bons praticiens, pourtant fort modestes, ajoutaient même qu'à Nancy comme à Bordeaux, ils avaient appris quelque chose et ne regrettaient pas leur voyage ; qu'enfin s'il y avait quelques idées nouvelles à rapporter de Moscou, elles pourraient servir sinon pour Lyon en 1897, au moins pour Montpellier ou Marseille en 1898.

A ces raisons on en avait ajouté d'autres: c'est qu'il fallait poursuivre annuellement l'œuvre des Congrès dentaires nationaux, créés par l'initiative de notre Société d'Odontologie, afin de produire en France une activité professionnelle analogue à celle qui existe maintenant dans presque tous les pays étrangers, afin de maintenir la clientèle de 100 à 200 dentistes qui semblait déjà s'y intéresser et préparer ainsi la réussite du Congrès dentaire international de Paris en 1900.

Les Congressistes avaient donc décidé, après discussion, que le 3e Congrès dentaire aurait lieu à Lyon en 1897. Avec ce mandat précis le comité ne pouvait qu'organiser le Congrès ou se dissoudre.

Ajourner le Congrès était une décision illégale et aussi, qu'on nous permette de le dire, un manque d'égards vis-à-vis des confrères qui s'étaient donné la peine de venir discuter cette question à Nancy.

Aussi, cette décision, sitôt connue, a-t-elle soulevé une certaine émotion parmi nos confrères, émotion qui a eu son écho à la Société d'Odontologie de Paris, comme on le verra plus loin. Le Comité, en présence du blâme qui lui était infligé, a donné sa démission. Voilà donc le Congrès de Lyon bien compromis, à moins que la Société d'Odontologie de Paris, à qui appartiennent l'initiative et le patronage moral des Congrès dentaires nationaux, n'en reprenne la direction et ne reconstitue le Comité avec le concours de ceux qui, comme nous, croient à l'utilité d'une réunion annuelle des Congrès dentaires nationaux.

Nous souhaitons donc bien sincèrement que nos assises professionnelles annuelles, qui ont donné de si bons résultats deux années de suite à Bordeaux et à Nancy, puissent se tenir à Lyon, comme cela avait été décidé.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MODIFICATIONS APPORTÉES A LA TECHNIQUE DE LA DENT A PIVOT.

Par M. RICHARD-CHAUVIN.

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 12 janvier 1897.

A tous les points de vue, la dent à pivot est l'appareil prothétique qui donne le plus de satisfaction, tant au praticien qu'au patient. Placer une ou plusieurs dents sur des racines, sans prendre contact sur la gencive et les dents voisines, c'est éviter tous les inconvénients des appareils à plaque, aussi bien que ceux du travail à pont immobilisant plusieurs dents ou racines. Pourtant la dent à pivot ne va pas sans quelques inconvénients; tous les systèmes ont les leurs, que nos recherches constantes ont pour but, quelquefois pour résultat, d'atténuer.

Avant de vous rendre compte de mon procédé, très simple, qui modifie sensiblement la technique de la dent à pivot en réduisant au minimum ses défectuosités et le temps dépensé par le praticien, permettez-moi de passer rapidement en revue les moyens employés pour la construction et l'application de ce mode de travail.

En principe, les racines doivent être utilisées toutes les fois qu'elles dispensent de la plaque palatine aux conditions suivantes:

1° Que l'antisepsie soit possible ;

2° Que les chances de récidive infectieuse soient nulles ;

3° Que la solidité de la racine soit suffisante pour que toute crainte de fracture soit écartée.

On peut diviser les dents à pivots en deux grandes classes :

1° Couronnes fixes { *a* } Dents fixées en un temps;
{ *b* } Dents fixées en deux temps;

2° Couronnes mobiles.

Sous la dénomination de dents fixées en un temps nous comprenons les couronnes préalablement soudées ou scellées avec le pivot, fixées tout d'une pièce dans la racine, et sous celle de dents fixées en deux temps, les couronnes indépendantes de leurs pivots. Elles comportent : 1° la fixation du pivot dans la racine; 2° la fixation de la couronne sur le pivot.

Parmi les couronnes fixes placées en un temps, je citerai, pour mémoire, les dents entrées à force, sans l'interposition d'une substance de scellement : dents plates à pivots métalliques encochés et garnis de fils ou soies cirés, calés par des lamelles de bois, des feuilles d'étain ou d'or, dents à pivots de bois.

Ces procédés sont trop connus pour nécessiter de longues explications. Ils constituent l'ensemble des moyens rudimentaires employés par nos devanciers. Les dents ainsi placées sont frappées

d'un vice originel que rien ne peut atténuer. Le contact des détritus buccaux, du liquide salivaire, ramollit l'ivoire, élargit le canal, détériore la racine au point que le précieux organe de rétention est sacrifié en peu de temps. La pratique de l'antisepsie a fait abandonner ces procédés. Il serait inutile, en effet, de désinfecter une racine pour l'utiliser ensuite de cette manière, car la septicémie ne tarderait pas à se manifester de nouveau.

C'est en 1845 que le Dr Bousson tente le premier, croyons-nous, le scellement des dents à pivots; son procédé, très simple, constitue un notable progrès pour l'époque. Après avoir introduit dans la racine, convenablement excavée, un morceau de métal Darcet, il chauffe le pivot et pousse la dent à sa place. Au contact de la chaleur, le métal Darcet devient fusible et remplit les interstices de la racine aussi bien que les encoches du pivot; la couronne est ainsi solidement fixée et le canal se trouve mieux à l'abri des décompositions venant de l'extérieur.

Cependant le Dr Bousson s'est exagéré l'importance de son procédé, en ce qu'il prétend, par son application, empêcher l'infection et même provoquer la fermeture des fistules. Dans la communication faite sur ce sujet à l'Académie de médecine on ne trouve trace d'aucun traitement antiseptique préalable; il est donc bien certain que M. Bousson n'a pu contrôler ses résultats, à ce point de vue, d'une manière sérieuse.

Aujourd'hui c'est avec une entière sécurité que l'on ferme une racine, avec une dent à pivot ou de toute autre manière, grâce aux méthodes d'antisepsie; mais il faut reconnaître que dans les cas de dents vivantes le procédé Bousson donnait des garanties d'asepsie que les autres moyens ne comportaient pas. A propos d'antisepsie permettez-moi de faire une courte digression : j'ai préconisé et démontré souvent ici même la technique du maniement de l'air surchauffé par des moyens simples et à la portée de tous; les faits ont depuis longtemps affirmé son incontestable valeur thérapeutique.

Je pense que cet agent est supérieur à tous les médicaments antiseptiques, supérieur aussi à l'aiguille de platine introduite dans la racine et portée au rouge au moyen du galvano-cautère. Voici pourquoi : l'aiguille de platine développe une chaleur de rayonnement dont l'action ne saurait s'étendre aux couches profondes de la dentine, lesquelles sont souvent infectées. La croûte carbonisée qui se forme sur la paroi du canal ne permet pas l'emploi d'un médicament adjuvant. L'air surchauffé, au contraire, amène la dessiccation du tissu jusque dans les foyers profonds et favorise l'absorption par capillarité de la créosote de hêtre. Je croirais volontiers à l'efficacité absolue des autres procédés, si l'on nous apportait des observations assez anciennes pour prouver que la récidive n'est pas à redouter. Je pourrais vous présenter bien des cas à l'actif de l'air surchauffé; je me contenterai de vous en citer un seul, parce que les résultats ont été contrôlés par mon ami Viau. Il s'agit d'un sujet portant cinq dents antérieures, montées sur un

appareil à pivots parallèles comprenant depuis la canine droite inclusivement jusqu'à la canine gauche exclusivement. Lorsque la malade me fut présentée, elle était munie d'une pièce de 5 dents sur or; les racines existaient et avaient donné lieu à des fluxions répétées. C'est immédiatement après que le traitement fut terminé et que les 5 couronnes furent placées sur chacune des racines que Viau vit cette malade, il y a environ quatorze ans. Après huit années, la racine de la canine, dont l'état était déjà précaire, fut fracturée dans un effort de mastication ; la racine de la grande incisive droite n'avait pu être fermée à son extrémité en raison de la perméabilité de l'apex au travers duquel passait une sonde de fort diamètre ; la malade, très soigneuse, retirait sa dent tous les jours et seringuait la racine avec une solution phéniquée. L'extraction de cette racine fut décidée; je la réimplantai, munie d'une couronne de Bonwill. Les quatre autres dents furent montées sur trois pivots parallèles du système Contenau. Il y a quelques jours, Viau a revu la malade et s'est enquis de tous les détails dont je viens de vous parler. Je lui laisse le soin de donner son appréciation sur les résultats d'une antisepsie bien conduite et je reviens à mon sujet.

Couronnes fixes scellées en un temps :

1° Dent plate soudée directement sur la tige ou sur une plaquette couvrant la racine. La soudure forme talon ;

2° Dent de Logan;

3° Dent de Weston ;

4° Dent de Leech et Low;

5° Dent de Prével.

Dent plate. — Il est inutile d'entrer dans le détail technique de la fabrication de la dent soudée directement au pivot ou sur une plaquette à laquelle le pivot est déjà fixé. Le sujet est trop connu pour comporter de longs développements. Disons que le ciment est la meilleure matière de scellement, surtout si la racine est protégée par une plaquette qui la moule exactement.

La *dent de Logan* constitue le plus séduisant de tous les systèmes, tant au point de vue de l'esthétique que pour sa facilité d'adaptation. Le mode de préparation est assez connu pour que je ne m'y arrête pas. Comme matière de scellement, le ciment a mes préférences, son contact avec la couronne et la racine est plus intime que celui de l'amalgame, il est moléculairement plus stable et sa résistance au choc articulaire est moins rigide, d'où diminution des chances de fracture.

La *dent de Weston* a beaucoup d'analogie avec la dent à pivot ordinaire ; la différence principale réside dans le talon, qui est formé, pour la dent de Weston, par du ciment, de l'amalgame ou de l'or. La rétention de ces matières est assurée par une excavation réservée à l'intérieur de la couronne plate. La contre-plaque, qui doit relier le pivot et la dent au moyen des crampons de cette dernière, passe devant la partie excavée à la manière d'une barrière.

La *dent de Leech*, mentionnée dans l'ouvrage de notre regretté Paul Dubois (*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, 2e édit. 1889,

p. 333) se rapproche beaucoup du type que j'ai adopté, bien que construite dans un but différent. La tige est creuse et fendue longitudinalement sur la plus grande partie de sa hauteur; la racine est creusée plus large au fond qu'à l'entrée, de manière que le foulage d'une matière obturatrice à l'intérieur du pivot fasse écarter sa partie terminale et assure la fixité. La difficulté est dans l'obligation d'élargir le canal justement à l'endroit où la racine est le plus étroite.

Dent de Prével. — Prével ajoute au pivot principal une petite tige, soudée à la plaque, qui pénètre dans la racine perforée à cet effet, un peu en arrière du pivot. Il aurifie par-dessus. Cette modification donne à la dent une fixité plus grande.

Prével se sert du tube Contenau, mais le scellement par l'or fait rentrer sa dent dans la catégorie des couronnes fixes.

B. Pivot et dents scellés en 2 temps. { dents de Bonwill.
dents de How.
dents de Bing.

Dent de Bonwill. — Pivot à crans en forme de double pyramide. La dent est assez semblable à celle de Logan. Le pivot n'attenant pas à la dent, celle-ci porte en son centre une excavation qui la perfore de part en part ; l'excavation, rétrécie à la partie moyenne, laisse les deux ouvertures inférieure et supérieure très évasées, le pivot est scellé préalablement, et la dent, convenablement ajustée, est fixée ensuite au moyen de l'amalgame. Je me suis servi de ces couronnes en changeant le pivot et le mode de scellement, pour éviter les fractures fréquentes qui se produisent au contact articulaire. Avec le ciment comme moyen de fixation, j'ai obtenu de bons résultats.

Dent de How et de Bing. — Le pivot est taraudé dans la racine, les dents sont préparées d'une manière un peu différente par How et par Bing; la matière de scellement forme aussi le talon. (Voir pour les détails P. Dubois, *Aide-mémoire* 1889, 2e édit., p. 336-337.) La fixité des pivots est parfaite, celle des couronnes laisse beaucoup à désirer; aussi sont-elles généralement délaissées. Tous les systèmes de dents fixes dont je viens de parler offrent de grands avantages, les dents scellées en un temps surtout, lorsque la racine et la couronne sont convenablement préparées. Le seul inconvénient sérieux, mais il est capital, résulte de la fracture relativement fréquente de la couronne. Nous connaissons tous les difficultés que présente le descellement d'un pivot. Le ciment est la matière de scellement par excellence, à la condition qu'il ne se trouve pas en contact avec les liquides buccaux, parce qu'il bouche hermétiquement tous les interstices. Mais, soit par l'amalgame, soit par le ciment, une tige parfaitement scellée ne peut être retirée sans de grandes difficultés, et surtout sans augmenter le diamètre de l'excavation pratiquée dans la racine. La fracture verticale de celle-ci a suivi, parfois à brève échéance, les manœuvres nécessitées par le descellement d'un pivot. C'est pour cette raison que MM. Torre et Seigle, de Bordeaux, ont imaginé la dent à glissières,

qui est d'un grand secours lorsqu'il s'agit d'un travail important comme le travail à pont fixe. C'est une des principales raisons qui ont fait le succès de la gaîne fixée dans la racine pour recevoir le pivot et la dent.

Dents mobiles. — Le premier modèle de pivot à gaîne est décrit par Maggiolo. La gaîne est fixée dans la racine au moyen d'un pas de vis ; le pivot à ressort est arrêté au moyen d'une entaille *ad hoc* ménagée dans la gaîne pour fixer le cliquet. C'est pour l'époque un remarquable moyen de fixation. Malgré les prétentions de l'auteur, il ne peut s'opposer à la désagrégation rapide de la racine.

Avec le système Contenau la dent se retire plus facilement encore. A son apparition, il y a 16 ou 18 ans, c'était un grand avantage, disait-on, en ce qu'il permettait l'échappement des matières putrides de la racine, on évitait ainsi les fluxions. Il n'est plus question aujourd'hui de cette qualité, le traitement préalable de la racine la laisse sans utilisation. On a fait également des tubes et des pivots carrés ; mais la modification vraiment heureuse est celle apportée par Paul Dubois à la forme de la gaîne, qu'il a faite ovale au lieu de cylindrique ; cette forme se rapproche davantage de celle de la racine, elle exige un sacrifice moins considérable de tissu pour son placement et laisse ainsi à la racine plus de force. De tous les pivots à gaîne, c'est celui qui est le mieux compris. Il est plus difficilement utilisable pour les pièces à pont mobile et à pivots parallèles.

L'avantage des modèles Contenau et Dubois consiste en ce que les dents peuvent se retirer pour être lavées et brossées; le brossage de la racine et des dents voisines aux points de contact est aussi très facile. Les tubes peuvent être seringués. C'est la réalisation de l'antisepsie pour ces appareils, mais les manœuvres répétées de mise en place amènent le relâchement de la dent, qu'il faut serrer de temps à autre en écartant les branches du pivot ; de plus, l'entrée du tube s'élargit et la désagrégation du pourtour de la racine n'est pas empêchée, sauf dans les cas de coiffage.

Dans la pratique, la dent fixe est préférable en ce qu'elle ne réclame pas constamment l'intervention du praticien. Parer aux inconvénients les plus graves de la fracture coronaire, tel est le problème véritablement intéressant ; je pense y être parvenu. A cet effet, j'ai adopté un modèle de pivot-tube préparé comme la charnière, avec de la plaque un peu forte — 5 de la filière. — Voici, du reste le détail complet du *modus operandi* :

Préparation de la racine. — La racine est meulée de manière à ce que la partie antérieure seule se trouve au-dessous du niveau du bord gingival. Toutes les fois que cela est possible, je laisse saillir fortement le talon naturel du côté interne. Pour cette partie, au moins, et c'est la plus difficile à entretenir, il n'y a pas à craindre d'irritation, ainsi que cela peut arriver par le contact d'un bord plus ou moins tranchant avec la gencive ; ensuite j'agrandis le canal de façon à ce que la tige pénètre aisément, mais sans laisser autour

d'elle un vide inutile, une minime quantité de ciment suffisant pour sceller très solidement une couronne. Avec ce procédé il m'est facile d'employer un gros pivot tout en laissant à la racine des parois solides. Une plaquette d'or fin, au 6, est découpée et moulée exactement sur la racine, elle se recourbe à la partie interne sur le talon saillant; un trou, destiné à recevoir la tige, est alors percé en regard de l'orifice du canal agrandi. Si l'on a soin de percer ce trou de manière à ce que la tige le pénètre à frottements serrés, il est inutile de mettre en plâtre, la soudure se fait en quelques secondes sur un bec de Bunsen. Plaque et pivot soudés sont présentés de nouveau au contact de la racine où le brunissoir achève le moulage exact de l'or fin. La couronne peut être ajustée séance tenante, placée dans la bouche, retirée avec pivot et plaque, mise en plâtre et soudée. J'ai soin de retirer la dent du plâtre pour la contre-plaquer, cela me permet de passer un morceau d'allumette dans mon pivot-tube ou encore de le remplir de blanc d'Espagne; j'évite ainsi que la soudure ne vienne fermer son orifice. Le contre-plaquage après la mise en plâtre n'offre aucun danger de déplacement de la dent pendant la soudure, surtout si l'on a soin de mettre son petit appareil dans le plâtre mou, obliquement et non perpendiculairement. La dent est ensuite placée suivant les procédés habituels. Quelques encoches sur le pivot et une légère rainure dans la racine suffisent à assurer une rétention solide. Le retour de la plaquette enveloppant la saillie, laissée intentionnellement, donne à l'appareil une grande résistance aux efforts de la mastication et allège la fatigue supportée par le pivot. Il est facile de tracer un épaulement sur le talon naturel pour perdre l'or de la plaque avec le niveau de la dent ; le ciment ferme hermétiquement et assure une solidité à toute épreuve ; il serait, en effet, impossible de retirer une dent ainsi scellée quand le ciment est durci. Pour les petites molaires pourvues d'un seul canal, le procédé est le même. Lorsqu'il y a deux canaux, il est aussi facile de recourber un morceau de charnière qu'un fil et de faire pénétrer une branche dans chaque canal. La plaque-base doit alors être percée pour laisser passer la partie saillante de la broche-pivot, la soudure se fait aussi facilement que pour une branche unique. Pour les petites molaires je me sers des dents pleines évidées à l'intérieur; la plaque est d'abord soudée à la dent et munie de sa contre-plaque. Une bande d'or recourbée en demi-cercle cache le vide qui subsiste dans l'excavation, là se trouve logée la partie recourbée de la broche ; ce procédé diminue le poids total du petit appareil.

Et maintenant, qu'une dent vienne à casser (cela m'est arrivé plusieurs fois depuis que j'emploie ce procédé), il suffit pour réparer l'accident de mettre les pivots à découvert, de pénétrer leur orifice et, avec une fraise *ad hoc*, de les user de l'intérieur à l'extérieur. Il n'est plus possible d'agrandir dangereusement l'excavation de la racine et l'on pourrait sans plus de risques recommencer dix fois le même travail. On a ainsi les avantages de la dent scellée, c'est-à-dire une fixité incomparable, sans en avoir les inconvénients.

En vous disant qu'avec un peu d'habitude on peut, sans prendre d'empreinte, séance tenante, commencer et mettre en place une dent parfaite de tous points, en une heure environ, je pense que vous trouverez le système simple et rapide.

Une démonstration de ce procédé, qui devait être faite à la clinique, a été retardée par suite de circonstances indépendantes de ma volonté ; c'est jeudi prochain qu'elle doit avoir lieu. Je suis du reste à la disposition de la Société pour la renouveler un jour de séance pratique.

NOUVEAU MICROTOME POUR INCLUSIONS A LA PARAFFINE.

Par M. J. Choquet,

Préparateur à l'École dentaire de Paris.

Présentation à la Société d'Odontologie. Séance du 12 *janvier* 1897.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société d'Odontologie le premier modèle d'un microtome que j'ai inventé. Cet instrument a déjà été présenté à la Société de Biologie au mois de décembre dernier et la plupart des histologistes qui font partie de cette Société, tels que MM. Malassez, Henneguy, Galippe, Phisalix, ont bien voulu lui reconnaître quelques qualités et, entre autres, une grande simplicité.

Comme vous pouvez en juger, ce microtome se présente sous un aspect assez coquet. J'ai cherché à simplifier, le plus que faire se pouvait, les rouages, roues dentées, etc., qui ne font que compliquer ces sortes d'instruments et en rendre le maniement, non pas difficile, mais fragile (fig. 12).

La pièce principale consiste en une *vis micrométrique* de 1/2 millimètre de pas, placée à la partie inférieure de l'appareil. J'ai dit vis micrométrique et j'insiste sur ce point, car il est absolument nécessaire d'avoir en pareille circonstance une vis dont le pas ait été revu et corrigé mathématiquement. On peut dire que les autres pièces composant ce microtome ne sont que des accessoires. Cette vis, montée sur un pivot d'acier à la partie antérieure du plateau, porte à son autre extrémité une roue dentée.

Sur cette vis on a monté un cube de cuivre, taraudé de la même façon que celle-ci et surmonté d'une sorte de champignon de cuivre, venant s'encastrer dans le plateau qui supporte le rasoir. En résumé ce champignon de cuivre est un vulgaire écrou, que l'on peut serrer ou desserrer à volonté, au moyen d'une tige quelconque s'adaptant dans un des trous qui sont percés sur les côtés.

Lorsqu'on veut orienter rapidement le rasoir pour commencer une série de coupes à la paraffine, on desserre cet écrou et l'on peut alors avancer le plateau supportant le rasoir jusqu'à ce que la lame de ce dernier se trouve en contact presque immédiat

avec le bloc de paraffine. On fait manœuvrer la roue à poignée une fois ou deux, de façon à faire passer la préparation devant la lame du rasoir, et si l'on juge que rasoir et paraffine sont suffisamment rapprochés l'un de l'autre pour commencer le débit des coupes, on serre alors l'écrou qui vient s'appliquer intimement sur le plateau qui supporte le rasoir et force celui-ci à s'avancer vers la préparation à chaque tour de roue d'une quantité variable suivant le réglage de l'instrument.



Fig. 12.

Voilà pour la pièce principale. La roue dentée dont nous allons nous occuper maintenant est mise en mouvement par la manivelle située au-dessus, grâce à un cliquet à ressort qui la force à manœuvrer la vis sur laquelle elle est montée. Ces deux parties, la roue dentée et la manivelle, sont reliées entre elles par deux pièces de métal glissant l'une dans l'autre et servant, suivant l'écart plus ou moins grand qui est donné, à obtenir des coupes d'épaisseur variable.

Avec cet instrument, on peut à volonté obtenir des coupes en série variant du 1/80 de mill. au 1/400 de mill. Soi-disant, avec certains microtomes, on peut obtenir le 1/1000 et même le 1/2000 de millimètre; mais je crois, et c'est l'avis de la plupart des

gens compétents en la matière, qu'une semblable finesse s'obtient sur le papier seulement ; autrement on aurait bien des chances d'arriver à faire de la dissection de microbes et de pouvoir couper ceux-ci en 10, 20, 30 parties, ce qui ne serait pas banal, convenez-en.

Donc, grâce au réglage de l'instrument, on peut obtenir à volonté des coupes d'épaisseur *régulière* variant du 1/80 au 1/400 de millimètre.

Quant à la préparation, elle est fixée par la chaleur sur le petit plateau amovible placé à la partie antérieure du chariot, lequel glisse à frottement doux sur la colonne qui supporte l'ensemble. La préparation, par suite de la rotation que l'on imprime à la manivelle, ne fait que monter et descendre ; elle ne s'avance pas, comme dans le Minot, au devant du rasoir ; elle est absolument fixe et, seul, le rasoir avance. Comme vous pouvez le voir, par suite du système d'ajustement et de vis placé sur le charriot portant le bloc de paraffine, la préparation peut être orientée dans tous les sens.

Les mouvements ont été calculés de telle sorte que, seulement lorsque la préparation est en dehors de la zone tranchante du rasoir, celui-ci avance d'une quantité que l'on a réglée au préalable, et de cette façon on peut obtenir, pourvu que l'on ait affaire à une paraffine bien homogène, ce que l'on appelle des coupes en séries.

Je n'ai pas besoin d'attirer votre attention sur l'avantage immense qui résulte des coupes en séries lorsqu'on veut faire de l'embryologie ou même simplement de l'histologie. Je vais du reste faire devant vous toute une série de coupes d'une préparation de mélanome et vous pourrez mieux vous rendre compte de la facilité avec laquelle s'obtiennent ces rubans de coupes.

Avant de terminer, je dois attirer votre attention sur les rasoirs que l'on doit employer lorsqu'on a affaire à des microtomes de précision. On aura toujours grand avantage à se servir de rasoirs larges, lourds et l'on devra affiler ceux-ci, non pas sur le vulgaire cuir à rasoir, mais sur une lame de glace sur laquelle on aura versé au préalable de l'émeri aussi fin qu'il est possible.

J'avais tout d'abord voulu faire construire ce microtome en France ; mais, pour une foule de bonnes raisons, les constructeurs français ont trouvé que cet instrument n'était pas pratique. Il m'a donc fallu recourir aux constructeurs étrangers et je vous avoue que je m'en suis très bien trouvé. L'ancienne maison Charles Baker, établie 244 High Holborn à Londres, qui appartient aujourd'hui à M. Curties, a trouvé que ce microtome valait la peine d'être construit et l'instrument que je viens d'avoir l'honneur de vous présenté sort de chez elle. Je suis très heureux de pouvoir adresser aujourd'hui à M. Curties tous mes remerciements, pour le soin et le fini qu'il a apportés dans la construction de cet instrument, lequel, il est vrai, sort un peu de l'art dentaire, mais peut cependant rendre quelques services à notre profession, au point de vue de l'étude histologique soit des tissus durs, soit des tissus mous.

SOLUTIONS ASEPTIQUES EXTEMPORANÉES DE COCAÏNE.

Par M. le Dr Pitsch.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 12 janvier 1897.

J'ai tenu à vous présenter un petit système d'ampoules permettant d'obtenir extemporénament une solution de cocaïne rigoureusement aseptique.

Voici ce petit appareil : il se compose d'un petit tube de verre fermé à l'une de ses extrémités et contenant 1 gramme d'eau distillée. Ce tube est prolongé par un morceau de drain en caoutchouc de diamètre approprié. Au milieu de sa longueur ce drain est serré par une petite pince de forme spéciale pouvant s'enlever facilement d'un coup de doigt.

A l'autre extrémité du drain s'engage un petit tube en verre, qui n'est qu'une réduction comme grosseur de celui dont nous venons de parler. Ce tube contient un centigramme de cocaïne (fig. 13).

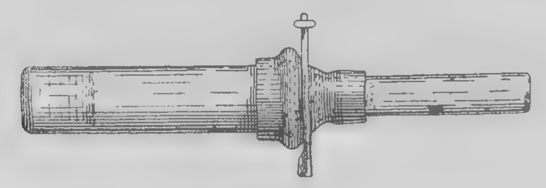


Fig. 13.

Il m'est presque inutile de vous expliquer le fonctionnement de cette petite merveille de simplicité. Vous enlevez la pince, vous agitez le tout, la cocaïne se dissout instantanément. Si vous séparez ensuite par arrachement le gros tube de verre, qui contient maintenant la solution, du drain et du petit tube devenus inutiles, il ne vous restera plus qu'à aspirer la solution directement avec une aiguille et une seringue propres, pour être sûr d'injecter à votre malade un liquide parfaitement aseptique.

Il me reste maintenant à vous dire comment l'asepsie de cet appareil a été obtenue. Elle a été obtenue *en bloc*, je veux dire que ces ampoules ont été stérilisées par la chaleur, montées telles que vous les voyez. Mais quelle température employer ? Il ne fallait pas songer à atteindre 100°. A cette température en effet l'eau entrant en ébullition aurait fait éclater les ampoules ; d'autre part, caoutchouc et cocaïne auraient été altérés. Mais si une température de 100° était trop élevée, celle de 65° pouvait être supportée sans inconvénient pour la solidité des ampoules, pour la cocaïne, pour le caoutchouc.

On a donc employé pour cette stérilisation le procédé de Tyndall, qui consiste à chauffer la substance ou l'appareil à stériliser à 65°

pendant cinq à six jours de suite à raison d'une heure de chauffe seulement par jour.

A 65° tous les microbes *adultes* sont détruits. Après une première chauffe tous les microbes existant sous formes de coques, de spirilles, de bâtonnets sont donc supprimés. Quant aux spores, cette température de 65° favorise leur transformation en microbes adultes, qui, eux, sont détruits par la chauffe suivante, avec d'autant plus de facilité que ces microbes jeunes sont plus vulnérables.

On conçoit facilement qu'après un certain nombre d'opérations l'objet à stériliser soit parfaitement aseptique.

Avec ce petit appareil vous serez donc toujours absolument sûrs de la pureté de vos solutions au point de vue microbes; vous n'aurez plus à redouter l'affaiblissement de vos solutions préparées longtemps à l'avance, affaiblissement qui, pour nous, n'est pas douteux et doit tenir à l'altération de la cocaïne par suite d'une chaleur trop élevée au moment de la préparation ou de la stérilisation de la solution. Vous n'aurez même plus à redouter la précipitation de la cocaïne par suite d'un verre trop alcalin (autre cause d'affaiblissement, la *cocaïne* étant moins soluble que le chlorhydrate de cet alcaloïde).

Enfin, autre avantage, si votre opérateur vient vous demander de la cocaïne pour extraire une dent, vous pourrez, en lui remettant un petit tube, être sûr qu'il n'en emploiera qu'un centigramme, puisqu'il n'aura que cette quantité à sa disposition.

Je dois donc remercier ici M. Robert, pharmacien, qui nous a dotés de ce petit appareil qui nous rendra des services. C'était très simple; encore fallait-il y penser.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LIGAMENT ALVÉOLO-DENTAIRE.

Par M. Mendel Joseph,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 12 janvier 1897.

En 1895 j'ai eu l'honneur de présenter au Congrès de Bordeaux une étude analytique sur « la nature et l'histologie de la membrane alvéolo-dentaire ». Dans une exposition serrée, concise, je me suis efforcé de présenter l'état actuel de nos connaissances sur cette question litigieuse, faisant ressortir la tendance qu'accusent les auteurs français à considérer cette membrane comme un organe offrant les caractères et les attributs d'un ligament.

C'est, vous le savez, à M. Aguilhon de Sarran qu'appartient le mérite d'avoir le premier, en 1881, conçu et exposé, avec démonstration à l'appui, l'hypothèse du ligament; c'est à M. Malassez que revient l'honneur d'avoir apporté, par son autorité supérieure d'histologiste savant et expérimenté, un appui puissant à cette

théorie. Vous connaissez tous l'essence de cette nouvelle théorie; je n'y reviendrai donc pas.

Mais, si l'idée du ligament répond à des considérations de physiologie et de pathologie, dont elle se dégage comme une déduction logique et nécessaire, certains faits importants, significatifs, de constatation aisée, attestent que cet organe ligamenteux offre des particularités distinctives qui lui sont propres. De là les objections adressées par ses adversaires à la théorie ligamenteuse de la membrane alvéolo-dentaire.

Les objections les plus importantes, procédant du seul et même fait clinique, ont été formulées ainsi :

1° Pourquoi, dans l'hypothèse d'un véritable ligament interarticulaire, n'a-t-on jamais constaté l'existence de l'ankylose alvéolo-dentaire?

2° Comment expliquer, la théorie ligamenteuse étant admise, la production extraordinairement fréquente des exocémentoses, ou, plus exactement, des hypercémentoses ?

A la première objection nous sommes heureux de pouvoir opposer un fait matériel plus significatif que toutes les argumentations spécieuses, et qui prouve que les auteurs exprimaient une opinion erronée en déclarant la non-existence d'ankylose alvéolo-dentaire.

La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter ne laisse à mon avis aucun doute sur la possibilité de l'union directe du cément dentaire au tissu osseux de l'alvéole correspondant. Je crois opportun de vous présenter le spécimen tel quel avant d'en pratiquer une coupe que j'aurai l'honneur de vous soumettre à la séance prochaine et que vous pourrrez examiner sous l'amplification de l'optique microscopique.

L'histoire sommaire de ce spécimen est la suivante : c'est un fragment de racine de la seconde prémolaire supérieure gauche. Je l'ai extrait il y a environ sept semaines chez un malade qui en souffrait depuis plus de deux ans. Tous les quinze jours, au dire du patient, une fluxion apparaissait, un abcès alvéolaire se formait, se vidait, puis tout s'amendait. Le malade redoutait l'opération. Mais ayant remarqué, il y a quelque six mois, qu'il mouchait du pus, il se décida à consulter un dentiste. Celui-ci, dans une tentative d'extraction, cassa la racine. A partir de ce moment l'écoulement de pus par la narine avait disparu, mais du côté de de la gencive l'existence d'un trajet fistuleux déversant une abondante quantité de pus témoignait que la lésion subsistait. J'explorai l'alvéole béant, et je sentis un fragment de racine mobile, que je pus enlever sans peine. Ce fragment, le voici.

Et maintenant que l'existence de l'ankylose alvéolo-dentaire ne saurait être niée, comment expliquer son extrême rareté ? En d'autres termes, pourquoi observons-nous régulièrement les phénomènes d'hypercémentoses dans des conditions qui, aux autres articulations, auraient vraisemblablement déterminé le phénomène d'ankylose ?

A cette dernière objection, très importante, en vérité, je présenterai les considérations suivantes :

I. La membrane alvéolo-dentaire n'étant que la portion restante de la paroi folliculaire, sa fonction primitive et naturelle est la fonction cémentogène.

II. L'irritation septique dans les processus inflammatoires chroniques de la région ayant son point de départ du côté de la racine, c'est cette dernière qui devient le centre d'active organisation nouvelle.

III. La texture essentiellement spongieuse des maxillaires expliquerait sa tendance à la résorption bien plus qu'à l'organisation, dans les affections chroniques de la région alvéolo-dentaire.

IV. La mobilité exagérée de la dent dans les processus chroniques de sa membrane est essentiellement *défavorable* au travail d'ankylose et nullement contraire à la production des hypercémentoses.

V. La différence de constitution des surfaces articulaires, osseuse d'une part, cémentaire de l'autre, expliquerait la différence de modalité de la réaction organique : tendance vers la néoplasie du côté de la racine, tendance vers la régression du côté de l'os spongieux du maxillaire.

VI. Enfin, alors que la surface de la racine est recouverte par une membrane dont la fonction cémentogène demeure indéniable, la surface osseuse n'est ici protégée par aucun organe ostéogène spécial, vis-à-vis duquel la membrane alvéolo-dentaire ne semble jouer que le rôle d'un simple ligament.

APPAREILS ET INSTRUMENTS DE M. LE Dr TELSCHOW[1].

1° PRESSE HYDRAULIQUE[2].

POUR LA CONFECTION DE SES DENTIERS D'ALUMINIUM.

La presse hydraulique du Dr Telschow a été construite pour l'atelier afin de presser parfaitement, rapidement et commodément sans l'aide des fondeurs, des plaques de métal de l'épaisseur voulue pour des montures de dents artificielles, pour des obturateurs ou pour des redressements, en donnant des succions.

Cette presse est jolie et très solide malgré son élégance ; la force y est représentée par une petite pompe à eau poussant vers le bas la colonne d'eau, et la charge agit vers le haut après renvoi de cette colonne au moyen d'un tuyau de communication dans le petit cylindre de pression. La paroi solide de ce cylindre, qui a

---

1. La présentation de ces appareils et instruments a été faite à la Société d'Odontologie de Paris aux séances des 24 et 29 novembre 1896. La description qui suit est la traduction des diverses brochures que M. le Dr Telschow a remises à l'Ecole ; elle se continuera et se terminera le mois prochain (V. aussi *Odontologie* janvier 1897).

2. Cette description est empruntée au Dr Iszlaï, de Budapest.

plus d'un pouce d'épaisseur, a été construite en acier forgé, pour assurer une solidité suffisante avec toute l'élégance voulue, car l'acier fondu est trop cassant et le meilleur fer forgé n'est pas assez imperméable et laisse passer des gouttes d'eau au travers de la paroi. La fermeture supérieure du cylindre de pression est assurée par une coiffe en forme de cône, en acier également, qui sert en même temps à recevoir ce modèle positif et qui est maintenu par une forte contre-vis (fig. 14).

Le principe de la presse hydraulique est le suivant :

L'effet de la pression est utilisé de telle façon qu'un liquide pressé, l'eau de préférence, qui s'efforce de pénétrer dans toutes les anfractuosité d'une surface inégale, agit contre la surface palatale opposée par en haut d'un modèle positif fait d'une matière quelconque, fragile même, mais très aisément fusible. Naturellement la surface de l'eau poussée par une force colossale, dans notre cas une pression de 800 atmosphères, imprime d'une manière parfaite suivant la face latérale inégale du modèle du palais une plaque de métal plus ou moins unie placée entre cette surface et la surface palatale inégale, car la plaque informe complètement ou presque complètement ne peut pas partout toucher le modèle ou ses anfractuosités ; c'est pourquoi l'eau trouvera des points de résistance moindre aux endroits qui ne touchent pas, dans lesquels elle poussera la feuille de métal jusqu'à ce que la résistance soit égale partout, c'est-à-dire jusqu'à ce que la feuille s'adapte parfaitement au modèle ou, en d'autres termes, jusqu'à ce qu'elle en ait pris la forme.

Comme on le voit, grâce à la plasticité du fluide presseur, il n'est pas nécessaire de confectionner un contre-modèle négatif ; on peut même couler le modèle positif avec une matière suffisamment dure, quoique friable et beaucoup plus facilement fusible, contrairement à ce que l'on fait pour les substances fusibles : car, avec l'absence d'arêtes de la surface liquide qui imprime et avec la forme absolument en échelons de la feuille, la pression aux points exposés est si faible que l'on peut même employer une matière fusible fragile, pourvu qu'elle soit suffisamment dure. Dans le cas présent le liquide n'est pas absolument la surface qui presse immédiatement. Les choses se passent en effet ainsi : sans corps intermédiaire bouchant hermétiquement il n'est pas possible de façonner et d'imprimer la coiffe d'acier de manière que la jointure soit complètement étanche, surtout avec une pression si forte. On ne peut y parvenir qu'avec un bourrage ou un revêtement élastique solide, dont les molécules soient mobiles à un haut degré et se comportent comme la surface d'un liquide.

Il fallait encore, outre la presse, la matière de revêtement élastique et, si possible, à demi solide et de la matière fondue suffisamment dure, quoique fragile, et très aisément fusible.

La première a été trouvée dans le caoutchouc, qui répond tout à fait au but sous forme de capsule pour le bourrage et pour l'obturation spéciale de la voûte palatine ; la seconde, dans le métal

de Spence (fer et soufre), qui possède la qualité voulue et se trouve aisément dans le commerce.

Il convient également, pour ne pas laisser la plaque à estamper

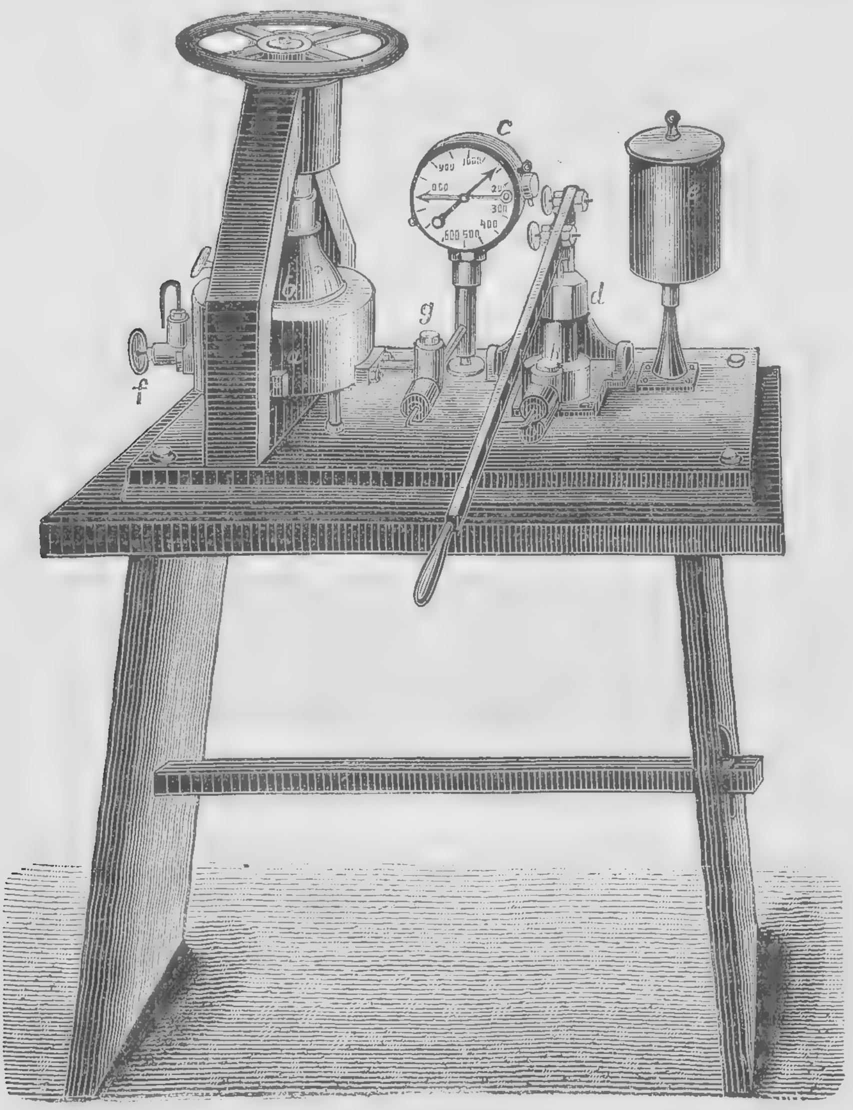


Fig. 14.

tout unie et sans préparation contre le modèle inégal, ce qui aurait pour conséquence l'inexactitude de la plaque au commencement de l'estampage, de veiller à ce que la plaque prenne une forme provisoire grossièrement analogue au modèle. Cette forme provisoire s'obtient aisément, car un second modèle positif, fondu avec

un métal très mou et très liquide, suffit pour cela, pourvu qu'il soit assez affiné pour un estampage de courte durée, superficiel, au moyen d'un léger marteau d'acier. L'étain convient parfaitement à cet usage et, en effet, un modèle positif de ce métal se fond sans difficulté en un laps de temps insignifiant, de même que l'estampage superficiel est opéré, de sorte qu'il faut à peine plus d'une demi-heure pour la fusion du modèle en métal de Spence et sa confection dans la coiffe d'acier qui le reçoit. Le nouvel estampage à la presse, y compris le chauffage au rouge plusieurs fois, dure à peine une demi-heure. Ainsi, au bout d'une heure à peine, depuis le moment de la prise de l'empreinte, on assure, en examinant la plaque estampée qui est prête maintenant, une forme avec des détails exacts, parfaitement susceptible de succion.

La manipulation ultérieure de la plaque est naturellement la même que d'ordinaire.

Le nouveau modèle de cet appareil a une force absolument suffisante, capable d'une pression de 1000 atmosphères.

2° RÉGULATEUR A GAZ.

Ce régulateur à gaz règle non seulement la flamme d'une façon si exacte que le degré de chaleur et la pression atmosphérique demeurent toujours les mêmes, et que ni le thermomètre, ni le manomètre ne présentent de variation, mais encore il éteint la flamme au temps voulu avec une certitude absolue.

Son avantage essentiel consiste en ce que le manomètre et le mécanisme régulateur portent divers ressorts, de sorte qu'ils se contrôlent réciproquement. Le ressort plat de ce dernier agit plus fortement que celui du manomètre et fonctionnerait encore si on le chargeait d'un poids d'une demi-livre.

La pression de la vapeur soulève sur le ressort plat un levier à deux bras, semblable à une balance, sur un côté du centre de rotation, l'abaisse sur l'autre et diminue ainsi l'arrivée du gaz.

L'appareil repose sur une caisse contenant une horloge marine, dont le cadran est divisé en quatre heures et entre les heures des divisions représentent les quarts d'heure et des intervalles de cinq minutes (fig. 15).

Si l'on veut, par exemple, une pression de six atmosphères pendant une heure un quart de suite, on avancera l'aiguille, qui est au repos à O, à gauche vers I et puis de trois divisions, de sorte que l'horloge marquera une heure quinze jusqu'à ce que l'aiguille ait atteint de nouveau le point O. A ce moment, la flamme s'éteindra forcément, car le gaz est amené par un tambour dans lequel pénètre l'arc qui porte l'aiguille. A ce dernier est fixée une soupape de telle façon qu'elle ferme complètement l'ouverture du gaz quand l'aiguille est sur O.

La communication de l'horloge avec le bras de levier, qui se soulève quand la pression atmosphérique augmente, a pour effet

de faire commencer à marcher le mouvement d'horlogerie juste au moment où le degré de chaleur voulu est atteint.

Quand on a mis en communication le vulcanisateur et le régulateur par un siphon, placé et monté l'horloge, celle-ci est empêchée de marcher par une pression sur un bouton disposé latéralement. Le bras de levier qui s'élève quand la pression augmente communique avec l'horloge et est disposé de telle façon qu'au moment où l'on a atteint le degré de chaleur voulu ou la pression

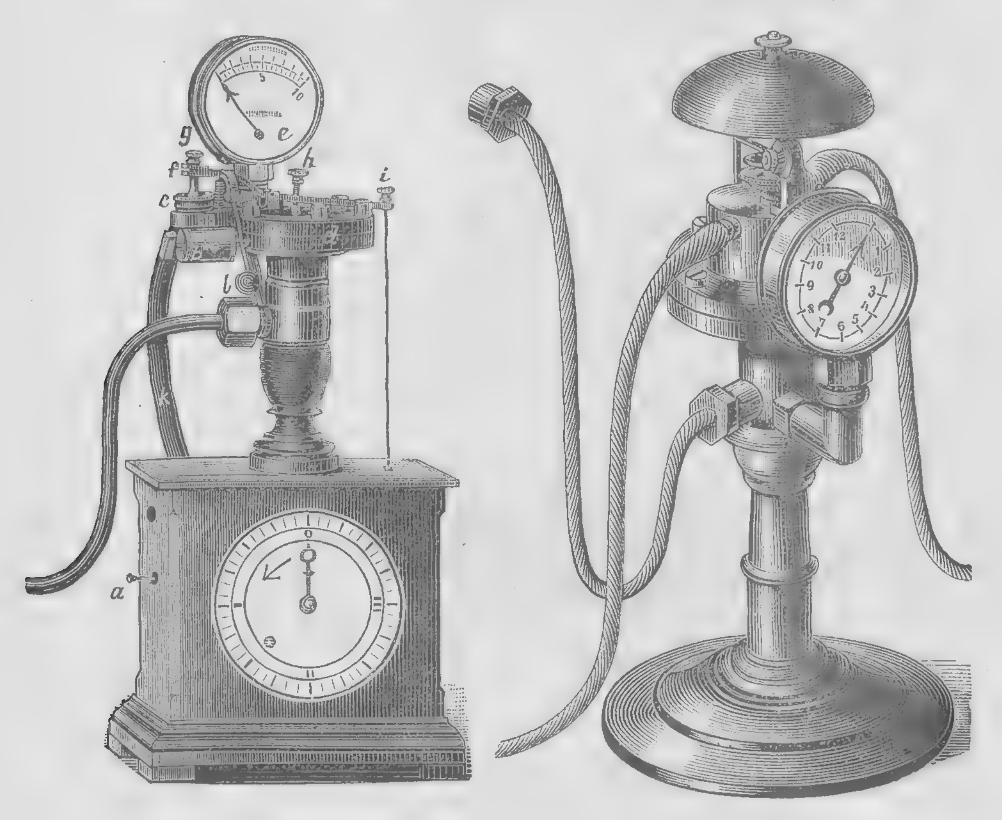


Fig. 15. Fig. 16.

désirée, il déclanche immanquablement l'enrayure interposée en tirant le bouton latéral dans l'horloge, fait aller celle-ci et l'annonce en même temps par une sonnerie. On a ainsi un appareil qui assure, pour la vulcanisation, les services d'un opérateur en réglant et éteignant la flamme à volonté, de sorte qu'il suffit de fermer le vulcanisateur, de le relier au régulateur et de mettre le dernier en marche. On peut alors se livrer sans crainte à un autre travail avec la certitude que la vulcanisation sera faite dans un temps déterminé d'une façon parfaite.

Le régulateur règle la flamme si exactement qu'aucune habileté

humaine ne peut rivaliser avec lui. Or, plus la pression est régulière pendant la vulcanisation, meilleure est la plaque. D'autre part, le vulcanisateur, n'ayant pas à supporter une chaleur trop grande, dure beaucoup plus longtemps. Le régulateur est si bien construit qu'il est extrêmement sensible à la moindre pression d'une vis qui change la position ; inversement, quand il est mis en position et que les vis de position sont fixées par des contre-vis, il fonctionne très uniformément plus longtemps. L'appareil a encore une autre utilité, quand par hasard, par suite de l'ouverture brusque d'une fenêtre, un coup de vent éteint la flamme brûlant très bas après avoir été réglée. Un robinet communique, en effet, avec le bras de levier qui s'élève quand la pression diminue, de sorte que l'arrivée du gaz est arrêtée peu à peu ; le gaz ne peut s'échapper que très peu de temps et ainsi tout danger d'explosion est écarté.

La deuxième figure (fig. 16) représente un régulateur avec sonnerie, pour les dentistes qui désirent un appareil à meilleur marché. Celui-ci est semblable au premier en principe. Il indique, après mouvement de la soupape, par une sonnerie, quand la température voulue est atteinte ; mais l'opérateur doit éteindre la flamme après expiration du temps nécessaire pour la vulcanisation. L'élévation de la température pendant ce temps n'est pas possible et, par suite, tout danger d'explosion est ainsi écarté avec cet appareil.

3° L'AIR COMPRIMÉ AU LIEU DE L'ÉLECTRICITÉ.

Depuis la publication de ma brochure sur cette question, en 1891, mon système, qui consiste à rendre l'air comprimé utilisable en chirurgie et en technique dentaire, a subi des perfectionnements essentiels, tant dans le moteur que dans les générateurs de l'air. Je me servais autrefois d'un générateur d'air comprimé qui était employé depuis des années pour le bouchage et le soutirage de la bière et dont l'utilité était reconnue.

Cet appareil transforme la pression hydraulique des conduites d'eau domestiques en pression d'air en ce que l'eau qui arrive dans le récipient en chasse l'air qui y est contenu. Un flotteur est soulevé dans ce mouvement et, arrivé en haut, il alterne des soupapes qui provoquent l'écoulement de l'eau et le remplissage du récipient par l'air. Cet appareil a l'inconvénient de fonctionner trop lentement, car il ne donne pas un courant continu.

Pour avoir une provision d'air, un grand réservoir à air est donc nécessaire, car, en consommant beaucoup de ce gaz, l'arrivée n'en est pas suffisante.

Un nouveau générateur d'air, alimenté aussi par l'eau, nous étant venu d'Amérique, qui donne le résultat poursuivi, c'est-à-dire produit un courant constant et est en même temps beaucoup plus petit, un progrès considérable se trouve ainsi réalisé. De plus le réservoir à air n'a pas besoin d'être aussi grand, puisque l'arrivée

de l'air se fait plus vite et plus régulièrement. L'appareil est également beaucoup moins cher que précédemment (fig. 17 et 18).

Mais ce qui le rend particulièrement précieux, c'est qu'il ne nécessite aucune surveillance. Quand la pression atmosphérique de la conduite est à peu près la même dans le réservoir, l'appareil cesse de fonctionner, mais il recommence quand on enlève de l'air. On dispose donc d'une source d'air inépuisable.

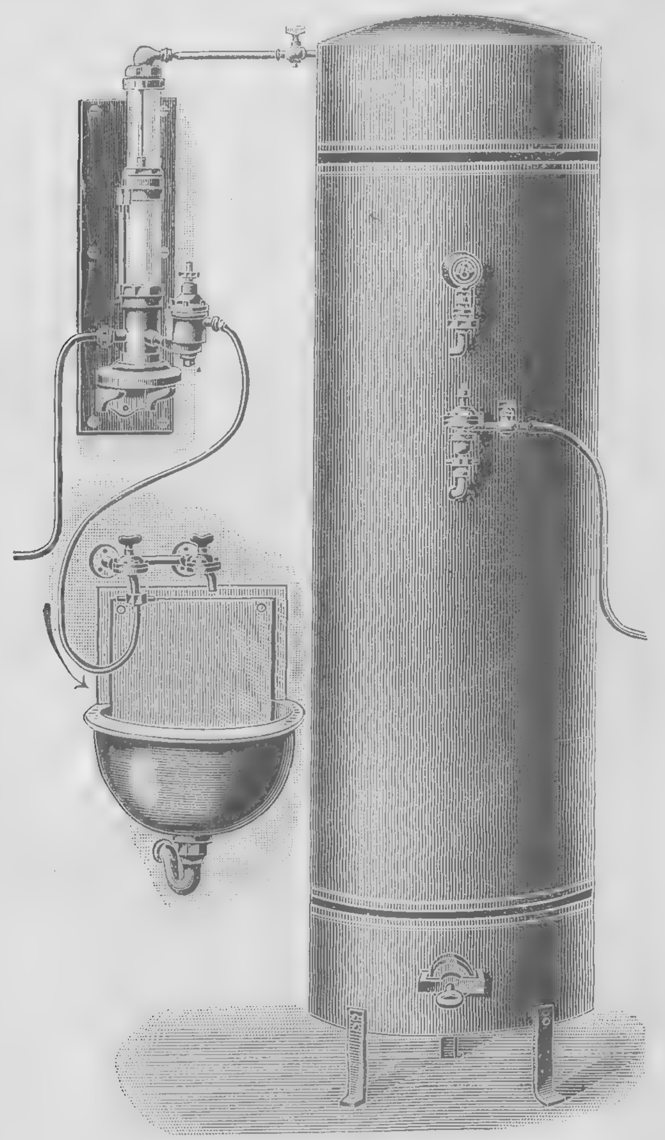


Fig. 17.

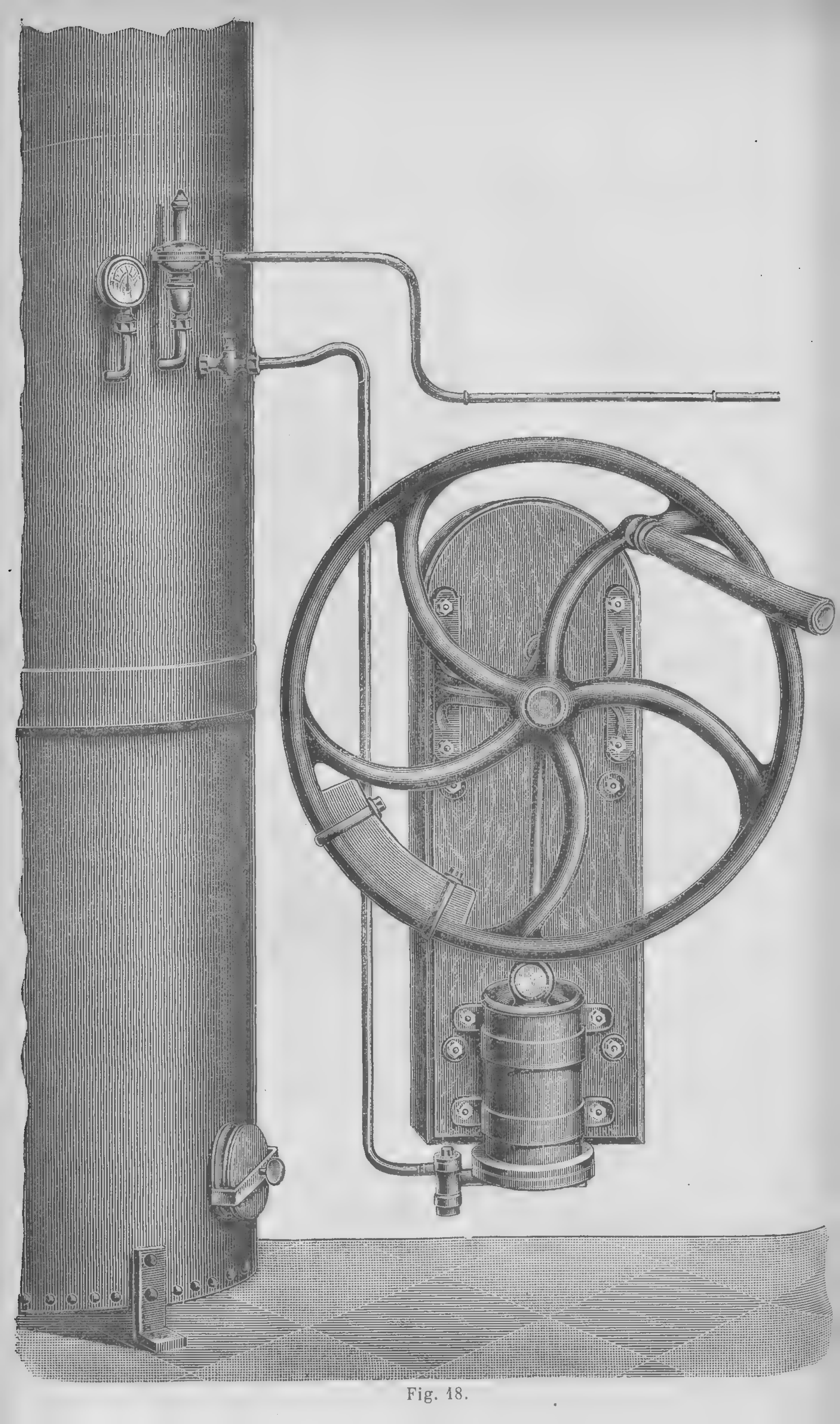


Fig. 18.

Mais, afin de rendre mon système utilisable pour ceux de mes confrères qui n'ont pas de canalisation d'eau ou ne veulent pas s'en servir, j'ai construit une pompe à air à manivelle au moyen de laquelle on remplit très aisément un réservoir à air qui est, il est vrai, beaucoup plus grand que dans le premier système. Il faut donc prendre un plus grand réservoir, parce qu'une pression d'air plus forte dans celui-ci rendrait difficile l'introduction de ce gaz. En cas de grande consommation, un remplissage de deux atmosphères dans le petit récipient ne suffirait pas longtemps. On peut placer l'appareil dans un coin du cabinet où il ne gêne point. Le récipient contient environ 1 mètre cube, quantité suffisante pour 1/2 journée à un jour, suivant l'usage que l'on fait du moteur. D'ailleurs on a rapidement pompé de l'air et chacun a chez lui un domestique ou un apprenti pouvant assurer cette alimentation. Ce système est également très recommandable, d'autant que le prix des appareils n'est pas plus élevé que dans le premier système.

Mon moteur a de même subi d'importants perfectionnements, ainsi que l'indique la fig. 19. Les tuyaux de caoutchouc peu élégants qui tombaient du haut et qui ballottaient ont été supprimés et le fonctionnement de la machine est devenu plus tranquille. En outre, par une disposition spéciale du robinet d'entrée de l'air, ainsi que par une seconde manivelle à l'arbre moteur du volant, qui est perpendiculaire à la manivelle du cylindre moteur, le point mort est évité, de sorte que l'on peut toujours obtenir le mouvement de l'entrée de l'air. Cela s'obtient en ce que la première manivelle est toujours amenée au point mort quand la pression de l'air est supprimée, au moyen d'un ressort en spirale, ce qui place le ressort opposé, perpendiculaire à celui-ci, au point favorable pour le mouvement.

Il faut également considérer comme un perfectionnement important que la pompe à air pour mon maillet pneumatique soit montée à présent directement sur l'arbre moteur du tuyau de la fraise et que le diamètre de celle-ci soit plus grand. Par suite, la course du piston peut être moindre et conséquemment la roue motrice aussi, ce qui, avec une marche plus tranquille de la pompe à air, permet d'obtenir beaucoup plus de coups, de sorte que l'action de mon maillet pneumatique égale absolument celle du maillet électrique. J'ajoute à ce propos que mon maillet pneumatique est le plus maniable et le plus léger de tous les maillets à plomber. On peut en outre, à volonté, en enlevant le tuyau de l'arbre fraiseur, mettre le maillet ou le mécanisme de la fraise en mouvement, et ce changement n'exige presque pas de temps. La construction du moteur est d'ailleurs restée ce qu'elle était précédemment.

Mon système de mécanisme à l'air comprimé pour moteur et maillet a sur l'électricité l'avantage de l'absence de bruit, de la sûreté du travail et de la modicité du prix, tant pour l'achat que pour le fonctionnement de l'appareil. Il convient surtout de tenir compte de la grande indépendance qu'il assure à tous ceux qui connaissent les ennuis des accumulateurs. De plus, l'échauffement du moteur et du maillet dans la marche par l'électricité est un in-

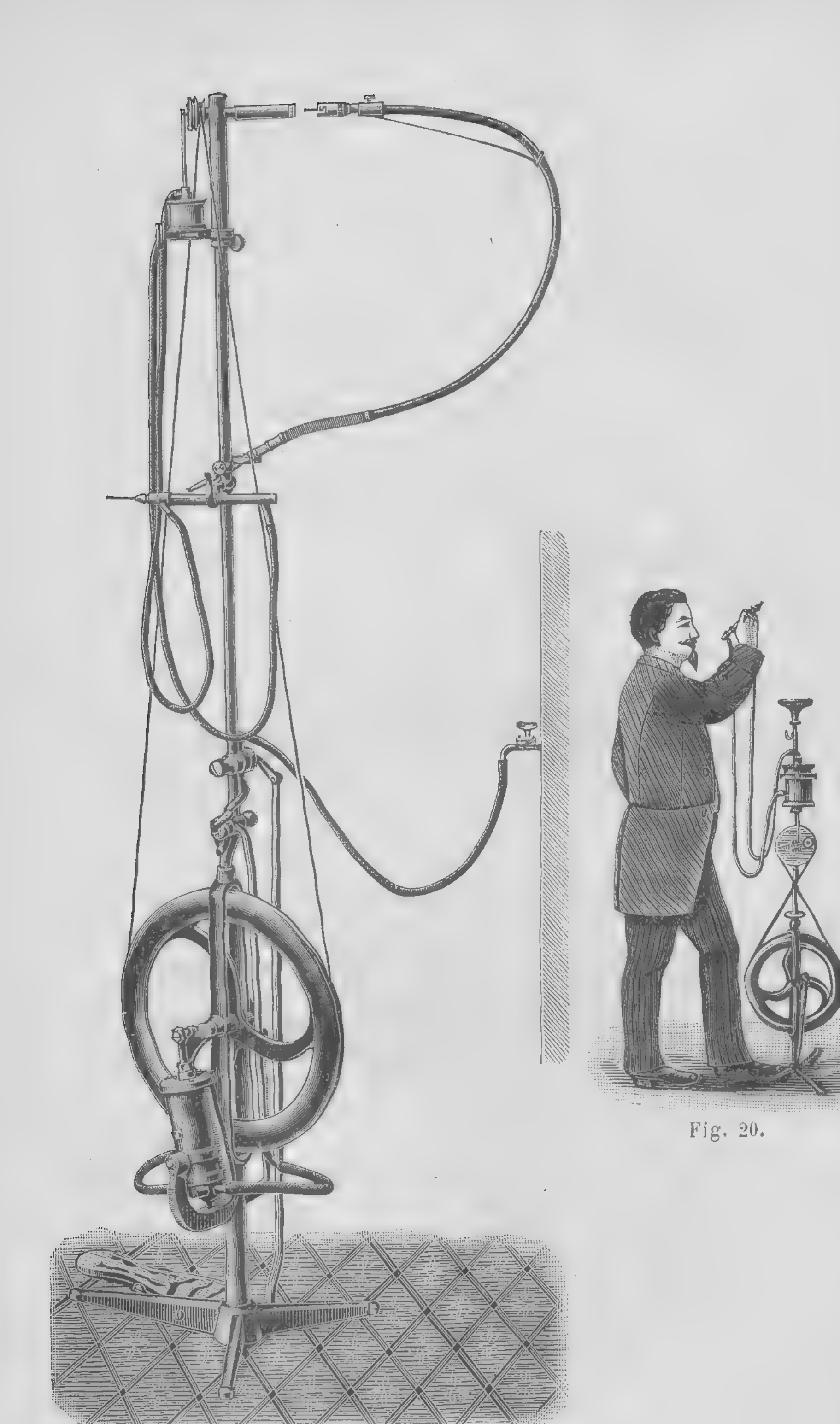


Fig. 19.

Fig. 20.

convénient. Il y a dans la plupart des maisons de l'eau ainsi que l'aide manuelle, mais il n'y a pas de courant électrique. En outre, les divers dispositifs mécaniques nécessaires pour ce système, ainsi

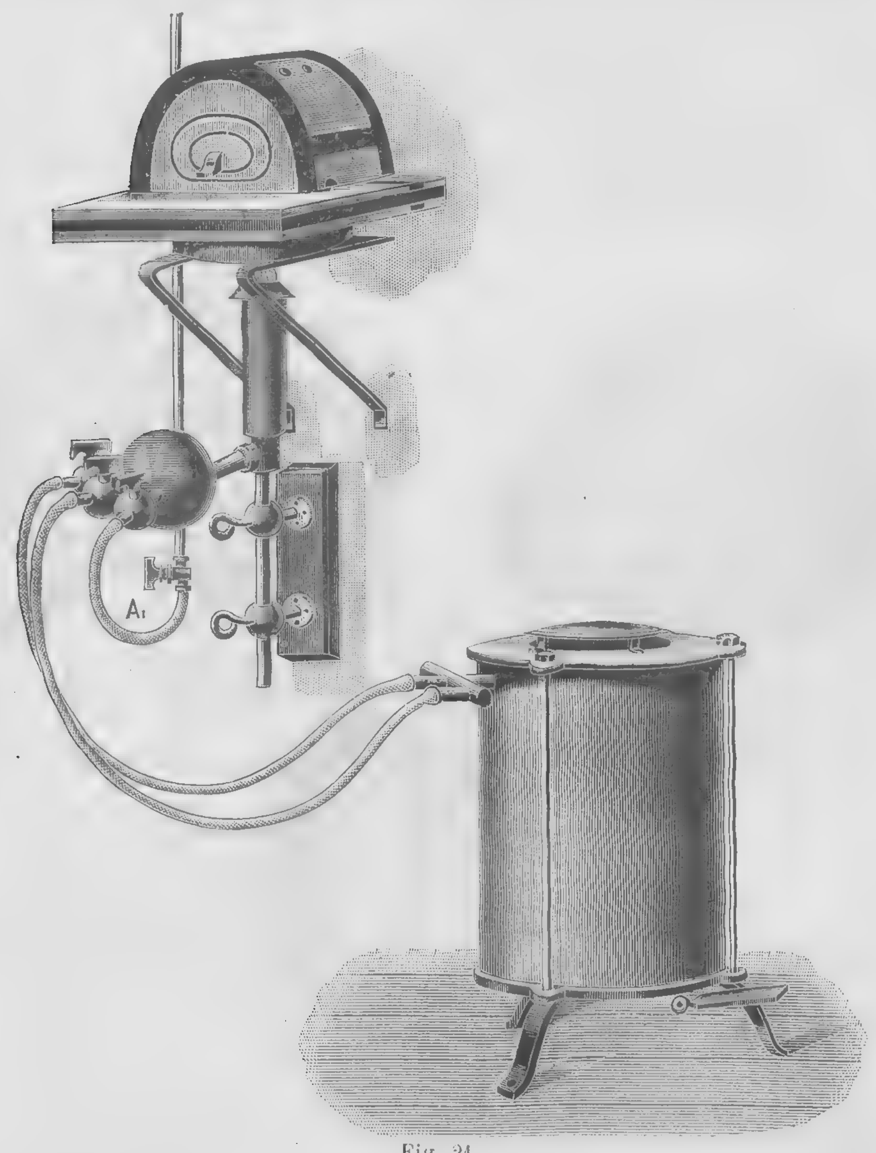


Fig. 21.

que le moteur à air et le maillet, sont d'une construction si simple qu'on peut les manipuler soi-même et qu'il n'y a pas à craindre de dérangements, tandis qu'on ne peut en dire autant des appareils électriques.

Je puis donc en toute sécurité recommander à mes confrères ce système comme de nature à faciliter leur travail. J'ajoute que mon maillet pneumatique s'adapte à tous les tours dentaires mus par la pédale (fig. 20).

4° FOURNEAU.

POUR FONDRE LA PORCELAINE, L'ÉMAIL ET LES MÉTAUX.

Je m'occupe depuis un certain temps du *continuous gum*, travail qui, comme on le sait, exige beaucoup d'adresse et de patience. Ce qui le complique particulièrement et en rend la réussite peu cer-

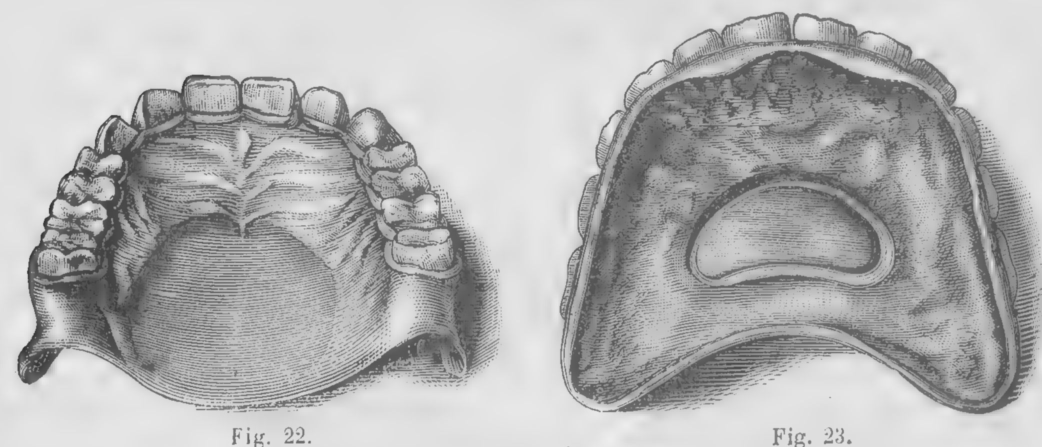


Fig. 22. Fig. 23.

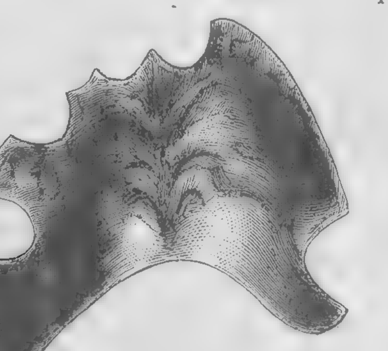


Fig. 24.

taine, c'est la cuisson au coke dans des fourneaux en terre réfractaire, qui prend beaucoup de temps. Aussi, pour faciliter cette cuisson, ai-je imaginé un fourneau (fig. 21) qui, au moyen d'une soufflerie de gaz, donne la chaleur voulue et je fonds ainsi la masse d'allan en 15 à 20 minutes. Cela n'est possible toutefois que si le gaz est mélangé suffisamment et régulièrement à l'oxygène de l'air, et arrive dans des proportions déterminées. Il importe, en outre, de

distribuer uniformément la chaleur dans le fourneau et d'assurer aux gaz du foyer une issue convenable. Non seulement avec ce fourneau on abrège notablement la durée de la cuisson, mais on peut, quand on le désire, régler la chaleur à tout moment et moins redouter ainsi un insuccès qu'avec le chauffage au coke qu'on ne peut régler. Ce fourneau, qui est considérablement plus petit que les précédents, se refroidit également en beaucoup moins de temps, de sorte que la cuisson peut se faire complètement en un jour.

5° NOUVEAUX DENTIERS D'ALUMINIUM.

Le côté palatal de la plaque d'aluminium est recouvert de caoutchouc mince de la couleur de la gencive. Avec un gros volume on obtient une légèreté qui n'a pas encore été atteinte et une plaque palatale mince et incassable. Jusqu'à présent on ne pouvait employer que du caoutchouc brun ou noir (fig. 22 et 23).

La plaque palatale (fig. 24) est nettement estampée en aluminium sans chambre de succion. On obtient un estampage des contours de métal auquel on n'avait pas encore pu arriver.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du mardi 12 janvier 1897.

Présidence de M. MARTINIER, président.

La séance est ouverte à 9 heures un quart.

Le procès-verbal de la dernière séance est mis aux voix et adopté.

I. — MODIFICATIONS APPORTÉES A LA TECHNIQUE DE LA DENT A PIVOT, PAR M. RICHARD-CHAUVIN.

M. Richard-Chauvin donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir d'autre part).

DISCUSSION.

M. Viau. — Malgré tous les soins apportés, il est peu ordinaire de voir un malade en possession d'une dent à pivot quatorze ans après qu'elle a été placée. Or, il y a quatorze ans, j'avais été convoqué chez M. Chauvin, j'avais vu la malade dont il vous a parlé, et dans sa bouche, des dents à pivot dans des tubes ; j'avais remarqué le bon état des gencives, aussi en avais-je conservé le souvenir. Dernièrement, M. Chauvin m'a présenté de nouveau le sujet, et le résultat était aussi satisfaisant qu'à l'origine ; les gencives avaient le même aspect au niveau des racines. On ne peut pas attribuer ce fait à autre chose qu'à une antisepsie bien pratiquée et dont les effets ont duré quatorze ans; aussi est-ce avec grand plaisir que je confirme ce qu'a dit M. Chauvin.

M. Prével. — Mon modèle de dent à pivot, dont a bien voulu

parler M. Chauvin, n'était pas fait pour un scellement fixe, mais pour être mobile. Quant à l'antisepsie de la racine, il y avait nécessité de retirer la dent et de la maintenir ensuite. L'appendice destiné à empêcher cette dent de tourner avait été scellé avec une gutta et fait pour une racine très malade; à ce moment, en effet, nous n'avions pas le pivot à rainure de Contenau, et il me fallait cependant retirer ma dent quand je voulais faire de l'antisepsie.

M. Richard-Chauvin. — J'avais pris le renseignement dans le livre de Dubois, qui parle de scellement par l'or. C'est donc à une erreur contenue dans ce livre que mon assertion est due.

M. Prével. — Je mettais un scellement facile à enlever.

M. Loup. — J'ai déjà fait une dent à pivot du même modèle que M. Chauvin. Il y a quelques années, MM. Torre et Seigle ont indiqué un moyen de prendre le pourtour de la racine avec un fil de fer ; ce moyen est très pratique, mais très difficile pour les dents du fond. Aussi ai-je employé un moyen plus simple.

Quand la racine est limée, je prends du papier de plomb, je l'applique sur la racine, je pèse avec le doigt tout autour: la périphérie laisse une ligne de marques que je découpe avec des ciseaux; je prends un morceau de bois et je colle la feuille de plomb sur la section droite de ce bout de bois, ensuite j'enlève des copeaux jusqu'au contour de la feuille de plomb et j'ai ainsi la périphérie des bords de la racine. Je recommence la même opération sur le morceau de bois, en me servant d'une feuille d'or que je rabats tout autour, et j'ai un petit chapeau qui coiffera parfaitement la racine.

M. Richard-Chauvin. — J'insiste sur l'emploi du pivot à tube qui allège le poids. Quand on a scellé une dent à pivot plein et qu'une fracture se produit, il y a des ennuis pour retirer ce pivot, c'est ce qui m'a fait penser à employer un pivot creux à plaque assez épaisse. Avec une fraise cylindrique je pénètre dans le canal et j'use le tube sans risquer d'attaquer les parois de la racine, en fraisant du sommet de la racine au bord libre. On peut faire les pivots aussi gros qu'on le désire et il ne faut que peu de ciment pour les sceller.

Un membre. — Si l'on faisait le pivot à vis, on n'aurait qu'à le dévisser en cas de fracture.

M. Richard-Chauvin. — Le pivot creux à vis?

Un membre. — Oui, creux à l'intérieur.

M. Richard-Chauvin. — Au lieu d'une vis il est préférable d'avoir une matière de scellement s'appliquant aux parois de la cavité.

M. Bonnard. — Les mouvements masticatoires feraient dévisser la dent, d'où irritation du bord gingival.

M. d'Argent. — La dent à pivot de M. Chauvin diffère de la dent Logan, qui lui est cependant préférable au point de vue esthétique, mais qui, dans une fracture, a l'inconvénient du descellement du pivot. Cependant, lorsqu'une couronne se casse, il n'y a pas tant de difficulté qu'on s'imagine à perforer le pivot, suivant son axe, avec un foret bien trempé et huilé. Je ne vois donc pas de gros

écueils de ce côté et le travail est aussi précis que dans le forage à rebours de M. Chauvin; jusqu'à présent, je n'ai pas eu de difficulté sérieuse. Je préfère donc la dent Logan à toute autre dent, malgré les objections de M. Chauvin.

J'ai présenté à la Société, il y a huit ans, des dents de Logan qui sont encore parfaitement solides aujourd'hui, l'intersection de la racine avec la couronne n'est pas altérée. La dent Logan offre des avantages recommandables; j'ai cependant eu quelques fractures de premières prémolaires supérieures pour lesquelles on nous recommande de diviser le pivot et d'envoyer une branche dans chaque racine, ce qui rend le pivot délicat. Dans ce cas, je préconise la dent Bonwill, que je fixe sur deux pivots isolés plus solides que le pivot divisé en fourche d'une dent de Logan.

M. Prével. — Les dents Logan sont les plus belles que nous puissions employer, mais le choix en est restreint; on est donc quelquefois obligé de recourir au système ordinaire.

M. Viau. — Je suis d'avis, avec M. d'Argent, qu'au point de vue esthétique la dent Logan est ce qu'il y a de mieux; mais quand il y a fracture, la dent à pivot de Chauvin est aussi ce qu'il y a de mieux. Il est, en outre, parfois difficile de trouver une dent Logan de la teinte et de la forme nécessaires, tandis que nous pouvons plus facilement choisir une dent plate ordinaire remplissant toutes les conditions voulues.

M. d'Argent. — C'est une question de pratique qui fait sacrifier une question de théorie.

Je souhaite que le nombre des teintes des dents de Logan soit augmenté; on pourrait, en effet, adresser un vœu dans ce sens aux fournisseurs.

M. Bonnard. — Il y avait des incisives percées de part en part, mais on n'en trouve plus; on nous a aussi présenté un fourneau permettant de confectionner des dents sur-le-champ, en fondant un émail. Pour réussir le côté esthétique chaque fois, comme M. d'Argent, il faut être très heureux. L'idée de M. Chauvin sous le rapport du tube pourrait être employée aussi pour la dent Bonwill; mais nous sommes obligés de fraiser, et il faut tenir compte de la nervosité du patient. Si nous pouvons user une paroi mince d'un tube, cela vaut mieux que d'user un pivot.

M. d'Argent. — La présentation de M. Chauvin me paraît excellente et j'en profite pour demander que nous formulions un vœu au fabricant de couronnes Logan pour qu'il applique ce système.

M. Martinier. — La communication de M. Chauvin est très intéressante et a provoqué une longue discussion. La dent de Leech, dont M. Chauvin nous a entretenu, est contraire à l'anatomie de la la racine, car si vous élargissez du côté de l'apex vous diminuez sa résistance; de plus, cette dent comprend un pivot creux séparé dans toute sa longueur et plus large du côté de l'apex, de sorte qu'on se crée des accidents. Il n'en est pas de même avec la dent de M. Chauvin, et il faut en féliciter ce dernier.

Je partage l'avis de M. d'Argent pour la dent Logan, à laquelle M. Viau reproche de manquer de teintes; pour ma part, je lui reproche en plus de nécessiter trop de hauteur et j'ai eu des insuccès par suite de défauts d'articulation. Mais si nous pouvions trouver la perfection dans la dent Logan, ce serait le comble de nos désirs.

II. — COMPLICATIONS CAUSÉES PAR UNE CARIE DU 4e DEGRÉ MÉCONNUE, PAR M. POINSOT.

En l'absence de *M. Poinsot*, qui se fait excuser, *M. Jeay* donne lecture d'une communication sur ce sujet. (Insérée dans le numéro de janvier.)

DISCUSSION.

M. Jeay. — M. H., le chirurgien traitant, n'a pas agi ainsi par erreur de diagnostic. Dans certains cas on a conseillé d'extraire la dent et d'opérer le phlegmon; d'autres opèrent d'abord. Doit-on, en présence d'abcès phlegmoneux, attendre ou opérer tout de suite? On a cité des cas très intéressants; M. H., lui, s'est refusé à opérer.

M. Joseph. — Il faut enlever aussi rapidement qu'il est possible la cause primitive de l'infection, alors il y a dérivation immédiate.

M. le Dr Pitsch. — Il faut enlever immédiatement la dent, théoriquement et pratiquement, car on ne sait jamais s'il n'y a pas empyème du sinus.

M. Jeay. — M. Poinsot n'a pas émis d'opinion.

M. Richard-Chauvin. — Nous avons pour nous l'expérience de la clinique, et pas un de nous n'aurait hésité à pratiquer l'avulsion. Le retard de l'extraction chirurgicale n'a pas diminué les accidents, au contraire.

M. de Marion. — Je suis d'avis de l'extraction, mais ce n'est pas l'opinion de tous. J'ai vu à l'hôpital Saint-Louis un malade avec un abcès de la joue et une grosse molaire supérieure cariée. On lui recommande une injection phéniquée; c'était le samedi. Le lundi, ce malade va à l'Hôtel-Dieu et présente une suppuration; le Dr Y*** dianostique un phlegmon; l'œil suppurait. Le mardi, on extrait la dent; le vendredi, il mourait avec des abcès cérébraux.

M. Y*** a prétendu qu'en enlevant la dent on avait ouvert une voie plus large aux streptocoques et qu'on avait amené ainsi les accidents qui avaient suivi. Malgré cela, j'opérerais toujours, mais en prenant des précautions antiseptiques *extrêmement grandes*.

M. Legret. — Comment injectez-vous?

M. de Marion. — Avec des injections tièdes à 10 0/0.

M. Godon. — Nous sommes d'accord pour intervenir immédiatement, mais je constate que la question est à l'ordre du jour depuis longtemps. Je lisais, en effet, un livre de Bourdet, de 1760, qui dit qu'un préjugé empêche d'intervenir quand il y a fluxion et énumère les désordres causés par la présence de dents mortes. Je vois que le préjugé a résisté aux révolutions et au temps. Plus tôt on intervient (à part des contre-indications exceptionnelles), mieux cela vaut.

M. d'Argent. — Les accidents graves se produisent le plus souvent lorsque l'intervention du dentiste a été trop longtemps retardée. Je lisais récemment une thèse du Dr Marin remontant à 1874 et relatant dix observations d'inflammations sous-gingivales consécutives à la carie dentaire et présentant toutes des symptômes extrêmement graves, cessant presque immédiatement après l'extraction; l'auteur concluait qu'il fallait avulser et que des désordres aussi graves n'étaient constatés que parce qu'on intervenait trop tard.

M. Legret. — J'ai fait une quantité d'extractions avec abcès et jamais je n'ai eu d'accidents. J'emploie toujours l'alcool et l'eau chaude à 45° pour les injections antiseptiques.

M. Prével. — Il y a deux ans, un jeune homme vint ici avec un abcès au centre du sternum; on lui perça cet abcès et il reparut. J'appelai l'attention des élèves sur ce point qu'au-dessous de la mâchoire du sujet un trajet fistuleux commençait, puis il se perdait; on le revoyait plus loin et il aboutissait à la poitrine. Deux ans auparavant ce jeune homme s'était fait arracher une dent de sagesse à Lariboisière. Je sondai la gencive et je trouvai un corps dur : c'étaient deux racines; je les enlevai et jamais l'abcès ne reparut.

M. Meng. — On n'enlève jamais une dent trop tôt. En 1889 une patiente qui souffrait d'une grosse molaire vint me voir; j'enlevai la dent et priai la personne de revenir (c'était le mardi). Elle ne revint que le samedi. La dent voisine était plombée, le gonflement occupait le côté du maxillaire et la dent était parfaitement vivante. La malade ne se trouvant pas bien ne put revenir; mais j'allai chez elle et, le vendredi suivant, le chirurgien de la famille pratiqua l'ouverture de la poche, mit un drain et enleva toutes les dents qui restaient de ce maxillaire. Malgré mon intervention, dans ce cas je ne suis pas arrivé assez tôt.

M. Lemerle. — Je puis également citer un exemple de septicémie à la suite d'extraction. L'été dernier M. Legret m'a enlevé une dent ayant une carie du 4e degré; j'avais une périostite chronique. A midi cette dent remuait, le soir je n'avais pas d'appétit et je me couchai avec une fièvre violente. J'avais pourtant fait tout ce qui était nécessaire; mais j'avais un foyer très ancien et j'étais infecté.

M. Richard-Chauvin. — Cela montre les inconvénients de l'intervention tardive; les streptocoques étaient déjà dans la cavité. En voici d'ailleurs un autre cas. Une jeune femme se présente avec des racines baignant dans le pus et on la renvoie à l'hôpital Beaujon; mais le phlegmon continuait toujours. J'ai suivi la malade et j'ai pu faire remuer un petit séquestre, puis un second; ces séquestres étaient déjà formés. Si je n'avais pas suivi cette malade, j'aurais pu incriminer le manque de précautions. Ce qu'il faut accuser en somme, c'est le défaut des interventions tardives et non le défaut des interventions.

M. le Dr Monnet. — L'extraction est nécessaire, mais vous négligez un facteur : l'antisepsie. N'oubliez pas que la moindre piqûre est une porte ouverte à la mort. Quand vous avez une inflammation, vous avez du pus, et si vous n'avez pas soin, l'extraction faite, de

pratiquer l'antisepsie, vous aurez des accidents. Dans un cas qui m'est particulier, j'ai vu un phlegmon du cou dont l'opération avait été faite par un confrère qui n'avait pas procédé à l'antisepsie de la cavité créée ; la mort s'en est suivie. Quand vous avez une affection de cette nature, assurez : 1° l'antisepsie, 2° l'asepsie ; la dent sera sauvée et le malade sera sauvé aussi.

M. Richard-Chauvin. — Après chaque extraction de dents ayant provoqué des accidents graves, il faut des soins, et, même dans le cas où l'on pratique l'avulsion de racines qui n'ont pas donné d'accidents aigus, il faut observer l'antisepsie.

M. Meng. — Quand j'ai arraché la dent dont je parlais tout à l'heure, la malade est restée quatre jours absente.

M. Loup. — J'appelle votre attention sur la nécessité de l'antisepsie immédiate dans l'alvéole des dents enlevées ; il ne suffit pas de se rincer la bouche, il faut que l'antisepsie soit pratiquée jusqu'au fond de l'alvéole.

M. Martinier. — Si M. Poinsot a désiré avoir une discussion, il pourra voir qu'elle a été très complète. En somme, il y a unanimité parmi nous sur ce point que nous devons enlever la dent et prendre des précautions antiseptiques.

III. — Contribution a l'étude du ligament alvéolo-dentaire ; ankylose alvéolo-dentaire, par M. Joseph.

M. Joseph donne lecture d'une communication sur ce sujet (Voir d'autre part) et présente l'extrémité d'une racine soudée à l'alvéole.

Discussion.

M. Joseph. — Il est probable que la racine a été longtemps en contact avec le tisssu osseux ; c'est pour cela qu'il s'est produit une ankylose. On a dit que jamais il ne se produit de réunion immédiate entre le tissu osseux de l'alvéole et celui du cément ; or, ici ils sont réunis tous les deux.

M. Lemerle. — Nous avons dans notre musée des exemples de molaires où il y a une soudure intime semblable, visible à l'œil nu, où le cément ne fait qu'un avec le tissu osseux ; ce n'est donc pas un fait unique.

M. Godon. — Je considère la communication de M. Joseph comme très intéressante, parce qu'elle se rapporte à la question du périoste considéré comme ligament. Jusqu'à présent, bien que les derniers travaux indiquent que nous nous trouvons en présence d'ankyloses, nous n'en voyons point. M. Joseph ne connaît-il pas le cas cité par M. Amoëdo pour son implantation? Il y a pourtant une certaine analogie entre les deux. La pièce a été examinée au laboratoire de M. Poirrier il en a été question dans le *Cosmos* la chose a fait beaucoup de bruit et j'en ai entendu parler par des personnes attachées à ce laboratoire.

M. Joseph. — Il y a analogie et pas identité. C'était un fait pathologique. C'était une dent de lait, tandis que la mienne est une dent

normale; c'est donc bien distinct. La première est restée implantée longtemps dans le tissu, il n'y avait pas de carie, pas d'infection. L'immobilité a été considérée longtemps comme un facteur; il y en a d'autres : l'infection, l'inflammation, la néoplasie. Ma dent constitue un fait physiologique.

M. Richard-Chauvin. — Les phénomènes d'ossification ne me paraissent pas aussi rares que vous le pensez et j'ai eu l'occasion de voir des racines intimement soudées à des os. Maintenant, les observations faites sont-elles assez complètes? Le plus souvent on n'observe pas ces faits d'ankylose et pourtant beaucoup ont vu des alvéoles soudés au cément. Si vous n'avez pas de praticiens parmi ceux qui se sont livrés à cet examen, vous n'aurez pas de champ d'étude assez étendu.

M. Joseph. — Un dentiste a insisté sur ce fait que, si la membrane était un ligament, il y aurait soudure; or, ce fait n'a pas été constaté.

M. Choquet. — Quand M. Joseph m'a présenté ce cas, je lui ai dit que je n'avais jamais vu une soudure aussi intime; quand on rencontre un cas pareil, on pourrait détacher le tissu osseux du cément.

M. Martinier. — M. Joseph nous a présenté une observation clinique qui vient après toute une série de communications très travaillées, très étudiées et très intéressantes. Il convient de l'en remercier tout particulièrement et même de faire une manifestation de gratitude à l'égard d'un chercheur infatigable comme lui. (*Applaudissements.*)

IV. — Observation d'extraction laborieuse, par M. Ronnet.

M. Ronnet donne lecture d'une communication sur ce sujet (*Sera publiée*), et présente l'instrument (un pied-de-biche) qui a servi à l'extraction.

V. — Solutions aseptiques extemporanées de cocaïne, par M. le Dr Pitsch.

M. le Dr Pitsch donne lecture d'une note sur ce sujet (Voir *Travaux originaux*) et présente l'appareil qui sert à ces préparations.

Discussion.

M. le Dr Monnet. — Comment aseptise-t-on les tubes de verre?

M. le Dr Pitsch. — On lave le tout très proprement, on monte l'appareil, on le porte à 65° pendant une heure, on le laisse refroidir et l'on continue ainsi pendant six jours.

M. le Dr Monnet. — Pasteur prétendait qu'il faut toujours flamber les récipients.

En portant à 65° dans l'étuve et en laissant refroidir, votre caoutchouc se désorganisera. Or, le caoutchouc, malgré les 65°, n'est pas aseptique à sa partie interne; il faut donc que le préparateur le stérilise et, pour cela, emploie un moyen physique.

M. le Dr Pitsch. — Cela a été vérifié; il a été plongé dans des bouillons de culture qui n'ont rien donné.

M. le Dr Monnet. — Il y a des antiseptiques qui empêchent le microbe de se former.

Vous aspirez avec une aiguille ; est-ce bien commode ?

M. le Dr Pitsch. — Pas les premières fois.

M. le Dr Monnet. — Il faudrait un ajutage.

M. le Dr Pitsch. — Je me sers de l'appareil depuis trois mois et maintenant je trouve la chose facile. Mais rien n'empêche de verser dans un verre flambé.

M. Godon. — C'est supérieur aux solutions que nous employons.

M. Choquet. — M. Monnet prétend qu'il est utile de flamber les vases pour conserver les liquides stériles. Si Pasteur était là, il nous dirait qu'il n'agirait plus de cette façon. Ici nous flambions tout ; mais un jour, sur l'observation de M. Grimbert, qui nous faisait remarquer qu'il rince aussi facilement qu'il est possible et qu'il stérilise ensuite à l'autoclave, nous avons fait comme lui.

La méthode de Tyndall est la plus rationnelle ; c'est celle qui sert pour la préparation du sérum, car en le portant à une température supérieure à 70°, on le coagulerait. Les spores du bacille du charbon ne résistant pas à 65°, il ne me semble pas que ces solutions puissent conserver un agent pathogène ; je suis donc de l'avis de M. le Dr Pitsch.

VI. — Présentation d'un nouveau microtome, par M. Choquet.

M. Choquet présente cet instrument, le fait fonctionner et en donne une description (Voir *Travaux originaux*).

Discussion.

M. Martinier. — Nous sommes heureux de voir un diplômé de notre Ecole produire autant que M. Choquet, et surtout de le voir inventer des instruments nouveaux qui lui font le plus grand honneur, ainsi qu'à l'Ecole.

VII. — Projections d'histologie dentaire et de bactériologie, par M. Choquet.

M. Choquet fait un certain nombre de projections en les accompagnant des explications nécessaires.

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,

J. d'Argent.

Réunion du 2 février 1897.

Présidence de M. Martinier, président.

La séance est ouverte à 9 heures et demie.

M. Godon s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. d'Argent, secrétaire général, donne lecture d'une lettre de M. Choquet, d'une lettre de M. Heïdé et d'une lettre de M. de Croës.

I. — Disparition d'une incisive temporaire dans le maxillaire supérieur par suite de traumatisme, par M. Lemerle.

M. Lemerle donne lecture d'une communication sur ce sujet (*sera publiée*) et présente les deux dents, ainsi qu'un modèle pris au moment où il a fait l'incision.

Discussion.

M. Lemerle. — Ces accidents ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le croire; c'est ainsi que M. Chouville m'a cité un cas analogue.

M. Bonnard. — Je puis également en citer un qui s'est présenté sur moi-même. A l'âge de 3 ans je suis tombé sur un sceau et mes deux incisives centrales ont disparu alors pour réapparaître 6 mois après; mais on a dû me les faire extraire ensuite. J'ai eu un peu d'érosion sur ces dents, de l'œdème de la lèvre jusqu'à cette réapparition et de l'érosion sur les dents permanentes qui les ont remplacées.

M. Prével. — La dent permanente n'a-t-elle pas aidé à la pénétration ?

M. Richard-Chauvin. — La calcification des dents permanentes était faite depuis longtemps.

M. Bonnard. — Il faut attribuer au tissu osseux une complaisance particulière, pour se laisser défoncer sans qu'il s'ensuive une complication grave.

M. Mendel Joseph. — L'observation de M. Lemerle attire notre attention sur un phénomène curieux : l'évolution précoce de la dent à la suite des accidents inflammatoires de la région. Ce fait a déjà été signalé par M. Viau dans une communication qu'il a présentée à la Société d'Odontologie. Il s'agissait d'un cas de nécrose étendue du maxillaire, dans lequel, à la suite de l'ablation de plusieurs séquestres, il y eut une évolution prématurée contrastant avec les dents du côté opposé. Il semble possible d'admettre dans le cas de M. Viau que cette évolution précoce a été due à cette suractivité fonctionnelle qui accompagne tout processus inflammatoire et particulièrement à cette tendance à l'organisation que l'on observe souvent dans les régions soumises aux inflammations chroniques.

M. Viau. — Le cas auquel M. Mendel Joseph fait allusion est celui d'une petite malade que je surveille depuis quelques années et que j'ai montrée au Dr Thomas. Elle m'avait été adressée pour une nécrose du maxillaire inférieur ; on avait parlé de maux de gorge, pendant lesquels on avait dû ouvrir la bouche de l'enfant avec un manche de couteau, et il y avait eu lésion. En réalité il ne s'agissait que d'une maladie générale infectieuse, la rougeole. J'ai trouvé des séquestres que j'ai enlevés à plusieurs reprises et

nous avons vu évoluer immédiatement la dent de douze ans. L'enfant était âgée de neuf ans à ce moment.

M. Richard-Chauvin. — Dans le cas présent, il n'y a rien de sensiblement différent de ce qui se passe quand on enlève une dent de lait; on constate que l'éruption des dents permanentes est beaucoup plus avancée sans qu'il y ait besoin d'un cas spécial : ici il y a une évolution avancée, constatée après extraction de la dent disparue, puis revenue insensiblement en vue.

M. Loup. — Je partage les idées de M. Chauvin. L'éruption des dents permanentes a pour obstacle la présence des dents de lait. Dans le cas de M. Viau la dent de douze ans a un parcours à faire vers l'extérieur; le séquestre parti, il n'y a plus d'os et la dent de 12 ans est plus rapprochée de l'extérieur; l'évolution est dès lors moins longue que si le séquestre n'avait pas été enlevé.

M. Bonnard. — La dent met plus ou moins de temps à apparaître, selon les individus; mais il ne faut pas déduire d'un simple fait que c'est dans tous les cas que l'éruption se fait prématurément. On a commis une erreur en disant qu'en supprimant l'obstacle on active l'éruption; comme preuve, arrachez des dents de lait et vous verrez que la dent permanente ne poussera pas immédiatement.

M. le Dr Friteau. — Au contraire de M. Mendel, je ne vois pas une suractivité physiologique réparatrice quand il y a du pus. Je me rattache aux opinions de MM. Loup et Chauvin. N'y a-t-il pas eu nécrose du bord alvéolaire ?

M. Mendel Joseph. — M. Friteau ne voit pas de suractivité physiologique réparatrice quand il y a du pus. Or cela me semble contraire aux données de la pathologie générale et de la physiologie pathologique. Nos traités classiques nous enseignent que, lorsqu'un organe ou une région devient le siège de l'infection et de la suppuration, l'organisme concentre tous ses efforts réparateurs au niveau du foyer morbide pour limiter la propagation de l'infection, pour évacuer le produit purulent et pour réparer les tissus compromis. Cette réaction régionale existe toujours, même chez l'individu le plus faible, et alors même qu'elle est impuissante à combattre, à elle seule, l'infection établie.

Lorsque, comme dans le cas de M. Viau, la suppuration se prolonge pendant des mois, la suractivité régionale qu'elle provoque peut se manifester par la tendance à l'organisation, à l'hyperplasie. C'est ainsi que prennent naissance les néoformations connues sous le nom « d'hyperostoses ».

Cette suractivité fonctionnelle et, de par ce fait, l'hyperplasie peuvent persister pendant un certain temps, même lorsque tout phénomène d'inflammation et de suppuration a disparu. C'est ainsi que je m'explique le cas de précocité et de développement anormal dans le cas signalé par M. Viau.

M. Papot. — Je me suis beaucoup occupé de ces questions dans un service d'enfants et j'ai constaté qu'apres les extractions prématurées, sans accidents graves antérieurs, l'éruption des dents per-

manentes se fait normalement; dans le cas contraire, c'est-à-dire consécutivement à des accidents graves, cette éruption a lieu prématurément.

M. Richard-Chauvin. — Si l'éruption prématurée se fait à la suite de perte de substance, cette perte de substance s'observe aussi dans l'extraction des dents de lait. M. Bonnard a remarqué des éruptions tardives, pour sa part. Je crois cependant que les dents permanentes évoluent prématurément quand il y a extraction prématurée des dents de lait.

M. Bonnard. — Quelle dent a poussé la première?

M. Lemerle. — L'incisive centrale.

M. Bonnard. — J'avais compris que c'était l'incisive latérale.

M. Lemerle. — L'incisive correspondant au traumatisme a évolué six mois plus tôt.

M. le Dr Friteau. — Je maintiens ce que j'ai dit tout à l'heure. Il y a eu ostéite raréfiante. Si l'on détruisait la portion osseuse qui les recouvre, les dents évolueraient plus facilement et plus rapidement.

M. Viau. — M. Friteau admet-il la précocité de l'évolution?

M. le Dr Friteau. — Oui.

M. Loup. — Je ne vois pas un processus inflammatoire de longue durée capable de donner une suractivité à un organe tel qu'une dent; il ne me semble pas qu'il puisse avancer l'évolution d'une dent.

II. — Présentation d'un travail a pont, par M. Lemerle.

M. Lemerle. — J'ai eu l'occasion d'enlever un travail à pont, exécuté dans l'Amérique du Sud, à un homme de quarante ans, qui se plaignait de la deuxième grosse molaire, atteinte de périostite, et qui me demandait de le soulager. Je lui proposai de lui faire un appareil, français cette fois; il accepta. Je dus scier et sectionner toutes les bagues de ce travail à pont, que j'ai l'honneur de vous présenter. Cet appareil est monté en deux parties. Il avait dû être fixé avec un ciment très liquide. Je n'ai pas constaté d'altérations, comme la carie, mais bien la décalcification des tissus superficiels. J'ai soigné la dent et tout est rentré dans l'ordre. J'ajoute qu'après avoir enlevé ce travail à pont j'ai remarqué une grande malpropreté sous l'appareil et une odeur repoussante.

M. Viau. — Nous avons, une fois de plus, la preuve que l'on ne peut pas immobiliser deux molaires éloignées dans un appareil fixe; autrement on s'expose à toute espèce de conséquences désagréables. J'ai vu des appareils de ce genre avec les mêmes inconvénients.

M. Meng. — J'ai vu un patient portant un appareil superbe: un pont dans le palais, qu'il devait nettoyer avec un fil.

M. Prével. — Les Américains ont pour habitude de tailler et de rogner les dents pour placer commodément les bagues et les

coiffes et, s'il y avait de la sensibilité, c'est qu'ils avaient agi ainsi, sur cette dent.

M. Lemerle. — La dent n'avait pas été taillée; mais la capsule était grossièrement faite et les vides étaient remplis par du ciment. J'ai eu aussi l'occasion de voir une autre personne qui portait deux petits appareils à pont de deux dents, l'un à droite, l'autre à gauche. Une des dents minérales s'étant fracturée, la réparation n'avait pu se faire, la personne ne voulant pas se laisser enlever l'appareil pour le réparer.

M. Richard-Chauvin. — Il est très remarquable qu'une périostite soit survenue après six mois seulement, quand c'est d'ordinaire plusieurs années après; mais les points d'attache expliquent cela: c'est de la périostite traumatique et résultant des détritus passés dans l'appareil. Il eût été facile de faire un épaulement. J'ai déjà posé ces conclusions dans un travail antérieur: je suis très opposé au travail à pont qui ne se retire pas.

M. Martinier. — Ici la combinaison même de l'appareil laissait également à désirer.

III. — Deux observations de tic douloureux de la face, par M. de Marion.

M. de Marion donne lecture sur ce sujet d'une communication dans laquelle il préconise l'intervention chirurgicale, expose le procédé opératoire et cite deux observations à l'appui.

DISCUSSION.

M. de Marion. — J'avais vu le Dr Jarre opérer avec parcimonie, et, après avoir parlé de son opération à quelques chirurgiens des hôpitaux, j'ai décidé, sur leur avis, de comprendre dans l'opération tous les filets nerveux rapprochés; à cet effet, j'ai fait faire des pince-bouche dont les mors sont très allongés.

M. le Dr Friteau. — Le tic douloureux de la face est une névralgie accompagnée de mouvements convulsifs des muscles de la face. Comme je n'ai pas entendu M. de Marion parler des mouvements convulsifs chez ses malades, je lui demanderai s'il s'agit bien d'un tic douloureux de la face ou simplement d'une névralgie faciale.

M. de Marion. — C'était exactement le tic douloureux de la face. D'ailleurs ces malades n'ont pas été examinés par moi seulement, mais aussi par M. Ronnet.

M. le Dr Friteau. — Dans votre traitement vous signalez les chirurgiens qui ont réséqué jusqu'au ganglion de Gasser; M. Quénu est, en effet, allé jusque-là par le trou ovale en réséquant une partie de la grande aile du sphénoïde.

Avant d'en arriver là, M. Quénu avait tenté tous les autres modes de traitement. L'extraction des dents supérieures donna une amélioration de quelques semaines. La première rechute fut traitée par résection du nerf buccal: la guérison dura quelques semaines, puis nouvelle rechute. La résection du nerf maxillaire inférieur à

sa sortie du trou ovale eut le même résultat: guérison de quelques mois, puis récidive. Toutes les tentatives eurent le même sort. M. Quénu réséqua alors le ganglion de Gasser et, depuis trois ans, le malade est radicalement guéri.

Plusieurs chirurgiens ont fait des opérations analogues, qui ont plus ou moins bien réussi.

Je cite cet exemple pour démontrer que les malades de M. de Marion ne sont peut-être pas guéris, car ce n'est qu'un traitement palliatif. Je ne crois pas que ces malades ne soient pas exposés à la rechute avec la résection alvéolaire. Quelle différence n'y a-t-il pas entre une résection aussi large que vous l'avez faite et la résection du ganglion de Gasser? Vous parlez d'hémorrhagies évitées facilement. S'agit-il de celles des artères palatines postérieures? Il n'est pas aussi facile de les arrêter que vous le pensez.

Toutefois, ne considérez pas ceci comme une critique, car je me propose, au contraire, en lisant votre communication, quand elle sera imprimée, de voir si je ne puis pas y puiser un mode de traitement que j'indiquerais aux élèves de l'Ecole en leur faisant le cours des maladies de la bouche dont je suis chargé.

M. de Marion. — Le traitement appartient au Dr Jarre, qui l'a publié en 1893; j'ai simplement suivi sa technique. J'aurais dû dire que j'ai sectionné les artères palatines qui sont en arrière des incisives. J'ai vu faire cette opération nombre de fois et je n'ai pas remarqué d'ennuis.

M. Friteau estime que l'ablation du ganglion de Gasser est très difficile, tandis que l'opération Jarre est de la plus grande bénignité, puisqu'elle n'entraîne aucune conséquence, aucune suite désagréable. Je préfère donc cette dernière. Aussi mon but est-il d'indiquer à mes confrères un traitement qui peut donner de bons résultats entre nos mains.

M. Friteau cite un cas du Dr Quénu; mais j'en citerai trois de Segond, dans l'un desquels la guérison se maintint pendant cinq ou six mois; la plus longue durée de guérison aurait été de dix-huit mois. J'ai un ami chirurgien qui a opéré ; cette guérison a duré un an, puis la récidive a été tellement violente qu'il y a eu résection du bord alvéolaire. Nous ne savons pas si cette atténuation est durable ou non, mais il est incontestable qu'il y en a toujours une.

M. le Dr Bernard. — La guérison du malade de M. de Marion ne peut être que temporaire, comme c'est de règle. J'ai observé à l'hospice Debrousse un fait de ce genre ; l'intervention chirurgicale amena une guérison qui se maintint dix-huit mois, et cependant le chirurgien n'avait nullement enlevé le ganglion, mais un petit lambeau de tissu conjonctif et adipeux, comme me le montra l'examen microscopique. D'autre part il faut bien distinguer la névralgie faciale, si commune, du tic douloureux, qui est rare et ne se rencontre guère que chez des sujets à hérédité nerveuse chargée.

M. Viau. — Les observations de M. de Marion sont intéressantes ; mais, avant d'en venir au traitement qu'il préconise, je crois qu'il serait utile d'être plus renseigné sur les résultats obtenus

après une année au moins, avant de conseiller une intervention chirurgicale aussi grave.

M. Prével. — J'ai connu une personne atteinte de névralgies faciales depuis longtemps, qui n'a vu la fin de cette affection qu'après l'ablation de ses 28 dents et qui avait cependant consulté tous les grands chirurgiens.

M. le Dr Friteau. — Je ne crois pas que la résection alvéolaire Jarre fasse disparaître la cause du mal. L'opération n'est pas grave, dites-vous; cela dépend; les résections osseuses dans la bouche sont toujours très graves, parce qu'elles ouvrent la porte à de nombreux microbes. Tous ceux qui ont passé par les services de chirurgie savent que les malades opérés dans la bouche meurent souvent de pneumonie ou d'infection purulente. J'ajoute que l'observation de M. Bernard est absolument juste.

M. le Dr Bernard. — Qu'on enlève le ganglion de Gasser ou non, l'effet est merveilleux.

M. Meng. — En 1890 on m'a demandé de boucher un trou pratiqué dans un maxillaire ruginé pour guérir un tic douloureux, et cette opération n'avait donné aucun résultat.

IV. — Aurification faite dans la salive, par M. Heïdé.

M. Heïdé donne lecture d'une communication sur ce sujet (*sera publiée*) et présente des dents aurifiées par le Dr Herbst avec l'or sub-marine.

V. — Rapport de M. d'Argent, secrétaire général.

M. d'Argent donne lecture de ce document qui est vivement applaudi et adopté avec des félicitations à son auteur (*sera publié*).

VI. — Le congrès dentaire national de Lyon de 1897.

M. Loup. — Je désire demander un renseignement à M. le Président de la Société d'Odontologie de Paris au sujet du Congrès projeté à Lyon en 1897, *notre Société étant la créatrice des congrès dentaires nationaux.* L'an dernier, à Nancy, nous avons décidé que le prochain Congrès se tiendrait, cette année-ci, à Lyon; or, je viens d'apprendre que ce Congrès n'aurait pas lieu; je désire savoir ce qu'il y a de fondé dans cette nouvelle.

M. Papot. — La question de M. Loup est légitime et je suis très à l'aise pour y répondre. A Nancy il a été décidé qu'un Congrès se réunirait à Lyon en 1897, et une commission de six membres a été nommée pour son organisation. Cette commission s'est réunie, il y a huit jours, sous la présidence de M. le Dr Rosenthal, chez M. le Dr Sauvez, qui a rendu compte de sa gestion. La question de la date de ce Congrès s'est posée, et plusieurs membres ont fait observer qu'à cette époque (au mois d'août) il y aurait un Congrès *médical* à Moscou, où se rendraient notamment MM. Claude Martin, Rosenthal et Sauvez, et que, dans ces conditions, il n'y avait pas lieu de tenir un Congrès spécial à Lyon. J'ai fait remarquer *que nous n'avions pas qualité* pour renoncer au Congrès de Lyon. On a alors procédé au vote et, par 4 voix contre 2, la suppression de

ce Congrès pour 1897 et son ajournement à 1898 ont été prononcés. Il a, de plus, été décidé que le Président du Congrès et le secrétaire général du comité central avertiraient les congressistes par une circulaire.

M. Richard-Chauvin. — Une commission nommée par un Congrès a-t-elle le droit d'annuler le vote de cette assemblée dont elle tient ses pouvoirs? J'estime que la décision des membres du Comité, qui ne sont que les délégués du Congrès de Nancy, ne saurait avoir cet effet.

M. Martinier. — Ce comité avait un mandat bien défini : *celui d'organiser le Congrès de Lyon*, et il n'avait pas qualité pour décider que ce Congrès n'aura pas lieu.

M. Meng. — Je suis heureux de la question qui a été soulevée. J'assistais à la réunion de la commission et M. Heïdé voulait qu'on eût recours au referendum. Dans les raisons données, aucune ne motivait la suppression du Congrès de Lyon en 1897, et, pour ma part, je ne vois aucune impossibilité à cette réunion de Lyon. Il s'agit de savoir ce que la *Société d'Odontologie*, fondatrice et propagatrice des Congrès, veut faire.

M. Papot. — J'ai appris que M. Godon a noué des relations avec le secrétaire de l'Association lyonnaise. Je persiste à trouver regrettable qu'on ait ajourné le Congrès à 1898.

M. Martinier. — Le Congrès *médical* de Moscou n'intéresse pas les dentistes, il ne s'adresse qu'aux docteurs pratiquant la médecine.

M. Loup demande qu'un blâme soit adressé au comité et qu'on passe outre à sa décision en continuant l'organisation du Congrès de Lyon au mois d'août 1897.

M. Viau. — Nous n'avons appris que par des on-dit les délibérations de ce comité, et le président n'en a pas encore informé la *Société d'Odontologie* ; il faudrait peut-être le questionner d'abord.

M. Papot. — Nous avons été convoqués tout récemment, et il y a huit jours à peine que nous nous sommes réunis ; il n'y a donc pas, comme vous le supposez, manque de déférence envers vous. Ainsi que je vous l'ai dit, la décision du comité doit être portée à la connaissance des congressistes par une circulaire rédigée par MM. Rosenthal et Choquet.

M. le Dr Friteau. — Il y a des membres qui veulent se rendre au pays des roubles et qui tiennent à ajourner le Congrès de Lyon, qu'ils considèrent comme une concurrence. Il ne faut pas qu'il dépende de ces membres que notre Congrès national soit supprimé en 1897, et du moment qu'il y a un Congrès à Moscou, il faut qu'il y en ait un à Lyon ; c'est la compensation qui s'impose.

M. Viau. — Si la circulaire est envoyée aux congressistes, l'effet en sera déplorable ; il faut prévenir cet envoi par un vote.

M. Richard-Chauvin. — L'envoi de cette circulaire a-t-il été voté?

M. Papot. — Oui.

M. Richard-Chauvin. — Le comité a outrepassé son droit. S'il

n'était pas en situation d'organiser le Congrès, il devait en référer à la Société.

M. Martinier. — Il convient de voter un ordre du jour ou d'autoriser le bureau à faire les démarches nécessaires pour empêcher l'envoi de la circulaire.

M. Papot donne lecture de l'ordre du jour suivant:

La Société d'Odontologie de Paris apprend avec regret l'ajournement du Congrès de Lyon et invite les membres du comité à reprendre cette question.

M. Loup dépose l'ordre du jour suivant dont il donne lecture:

La *Société d'Odontologie* de Paris, réunie le 2 février 1897, considérant que le comité délégué par le Congrès de Nancy de 1896 pour préparer un Congrès à Lyon en 1897 n'avait pas qualité pour ajourner ce Congrès à 1898, regrette que le comité n'ait pas cru devoir l'aviser en résignant son mandat entre ses mains, le blâme d'avoir pris, *sans droit*, cette décision, ainsi que celle d'envoyer une circulaire aux congressistes, et passe à l'ordre du jour.

Cet ordre du jour est mis aux voix et adopté.

M. Martinier. — Laissez à votre bureau le soin de prendre les mesures que comporte cet ordre du jour.

VII. — Renouvellement du bureau.

M. Martinier. — Vous avez à procéder à la nomination d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général et de deux secrétaires des séances.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants:

Nombre des votants: 20.
Majorité absolue: 11.

Ont obtenu:

Pour la présidence,

MM.	Papot	16 voix
	Richard-Chauvin	1 —

Pour la vice-présidence,

MM.	d'Argent	19 voix
	Roy	13 —
	Richard-Chauvin	3 —

Pour le secrétariat général,

M.	Loup	18 voix

Pour le secrétariat des séances,

MM.	Mendel Joseph	13 voix
	Meng	12 —
	Choquet	5 —

M. Martinier. — En conséquence de ces votes, M. Papot est élu président, MM. d'Argent et Roy sont élus vice-présidents, M. Loup

secrétaire général, et MM. Mendel Joseph et Meng secrétaires des séances.

La séance est levée à onze heures cinquante.

Le secrétaire général,
J. d'Argent.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

Session de Nancy.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODONTITE EXPULSIVE

Par M. le Dr Hugenschmidt.

Les différents traitements de la périodontite expulsive employés depuis Fauchard jusqu'à nos jours sont innombrables.

On peut cependant les diviser en deux grandes classes : 1° les procédés chirurgicaux ; 2° les procédés médicaux.

Parmi les procédés chirurgicaux nous mentionnerons en première ligne et pour mémoire le traitement radical préconisé par Fauchard et Jourdain en 1746. Ces auteurs, ayant remarqué que cette affection amenait une chute certaine et inévitable des dents, recommandaient d'extraire de bonne heure toute dent atteinte.

De nos jours même, quelques praticiens n'hésitent pas à recourir à ce procédé radical, pour arrêter l'affection dans sa marche progressive et éviter l'infection sur une articulation dentaire saine par une articulation voisine affectée.

Vers 1757 Bourdet et, au commencement de notre siècle, Toirac sont les premiers à protester contre l'enlèvement systématique des dents et indiquent le procédé suivant: pratiquer sur la gencive une incision en V, à sommet dirigé vers l'extrémité de la racine et circonscrivant un lambeau triangulaire à base répondant au collet de la dent. Le lambeau détaché, ils passaient un petit cautère sphérique ou olivaire sur toute la surface ainsi dénudée et laissaient ensuite les parties abandonnées à elles-mêmes. Oudet en 1835, puis Magitot en 1867 ont repoussé ce procédé après l'avoir employé, à cause de la perte de substance gingivale occasionnée par l'extirpation du lambeau.

Les Américains, eux aussi, ont eu recours à cette méthode, avec une légère modification. Pour que le cul-de-sac soit bien ouvert, ils indiquent de ne pas faire l'incision en partant du collet de la dent vers le sommet radiculaire, mais en enfonçant la pointe du bistouri en un point correspondant au sommet du décollement et coupant en sens contraire, c'est-à-dire vers le collet, puis de cautériser la face interne des lambeaux avec le nitrate d'argent ou l'acide phénique.

Dans ces dernières années M. Cruet a exposé à la Société de Stomatologie une modification de cette opération qu'il fait de la manière suivante : avec une paire de ciseaux droits et aigus, l'une

des branches étant introduite entre la gencive et la dent, on fait une section verticale jusqu'au fond du sillon de décollement ; avec des ciseaux courbes, on sectionne les lambeaux latéraux toujours le plus près possible de la limite du décollement ; le fer rouge (galvano-cautère) promené sur les bords de la plaie fait le reste. L'opération se pratique sur toutes les dents atteintes en un ou plusieurs jours et on soumet le patient aux lavages antiseptiques ; quelques cautérisations supplémentaires peuvent être nécessaires.

Parmi les autres procédés chirurgicaux, il ne faut pas oublier celui préconisé par Riggs aux Etats-Unis en 1875 et qui consiste à gratter très soigneusement, non seulement la surface radiculaire des dents pour enlever tout le tartre, mais aussi le rebord alvéolaire qu'il considère comme nécrosé dans cette affection.

Black, de Chicago, pour arriver à faire ce grattage d'une manière plus minutieuse, n'hésite pas à faire, en un point correspondant au sommet radiculaire et sur la gencive, une incision courbe à convexité tournée vers le collet de la dent ; par cette boutonnière, il gratte la surface radiculaire et l'alvéole envahi, puis referme la plaie par des sutures.

Younger, de San Francisco, après avoir enlevé le tartre qui est toujours présent sur la surface radiculaire des dents, cautérise les culs-de-sac gingivaux avec une solution de chlorure de zinc à 1/32. Si la gencive ne s'adapte pas au collet de la dent, il passe rapidement à sa face interne une boulette de ouate imprégnée d'ammoniaque liquide. Si, de plus, la gencive est tellement décollée qu'elle laisse à découvert la face antérieure des racines des dents, lorsque la lèvre inférieure est tirée en avant et en bas, il n'hésite pas, pour maintenir la gencive en contact avec la dent, à passer un fil de soie à travers les deux gencives, en traversant l'espace interradiculaire des deux côtés de la dent, et à ligaturer très légèrement la gencive, afin de l'appliquer en avant et en arrière en contact avec la dent. Se méfier d'une ligature trop serrée qui couperait le tissu gingival.

Younger emploie aussi la réimplantation dans les cas d'élongation extrême des incisives et dents voisines ; il enlève la dent branlante et allongée et, après avoir, à l'aide d'une fraise ou d'un foret, approfondi la cavité alvéolaire, il la remet en place et la maintient avec les dents voisines à l'aide de ligatures ou d'un appareil de soutien.

Parmi les procédés médicaux, nous mentionnerons en première ligne celui préconisé par M. Magitot en 1867, qui est énergique et qui devait, étant donné la marche de la maladie, telle que nous la connaissons aujourd'hui, donner de bons résultats, car c'est véritablement un traitement antiseptique : ce sont les cautérisations des culs-de-sac gingivaux avec l'acide chromique pur, après avoir préalablement enlevé le tartre. Comme traitement additionnel, Magitot recommandait le chlorate de potasse en pastilles, la friction des gencives avec des quartiers d'orange ou de citron, des

scarifications, des sangsues, et enfin les eaux minérales purgatives contre l'état général.

En 1880 Aguilhon de Sarran fait traverser le fond du clapier par un séton de soie floche qu'on laisse en place.

En 1881 Witzel, qui introduit la théorie infectieuse, recommande, après l'enlèvement du tartre, l'antisepsie des culs-de-sac gingivaux, obtenue à l'aide de petites seringues à canules en or très fines, pouvant aller jusqu'au fond du cul-de-sac, et de lavages avec la solution suivante :

Iod. de potassium	5 gr.
Ac. phénique	ââ 25 gr.
Chlor. de zinc	
Alcool	
Ac. chlorhydrique	2 gr.
Eau distillée	10 gr.
Essence de menthe	gr.

M. et filtrez.

En 1884, Malassez et Galippe indiquent, comme les auteurs précédents, la destruction partielle du rebord gingival pour supprimer les clapiers, suivie de lavages au sublimé.

William Atkinson lave les culs-de-sac avec l'acide sulfurique aromatique, qui est une solution au 1/10; Harlan, de Chicago, introduit dans les clapiers de l'iodure de zinc et de l'éther iodoformé ; Kirk, une solution d'aristol à 10 0/0 ; James Truman, le sulfate de quinine ; Charles Atkinson, la pâte caustique composée de 2/3 de potasse caustique et 1/3 d'acide phénique cristallisé ; enfin l'eau oxygénée est employée par toute l'école américaine.

Cravens, dans ces derniers temps, a préconisé un moyen excellent contre la pyorrhée, mais qui a l'inconvénient de noircir toutes les dents, c'est le nitrate d'argent, mais employé d'une façon toute particulière, qui permet d'atteindre le fond du cul-de-sac infecté ; un fil de platine très fin est rougi, puis trempé dans la poudre de nitrate d'argent ; on le passe ensuite rapidement dans la flamme d'une lampe à alcool pour faire fondre la poudre sur le fil de platine, on a ainsi un petit crayon minuscule qui atteint facilement le fond du décollement.

D'autres traitements ont encore été employés : par Oudet le séton et les purgatifs, par Velpeau et Bauchet les cautérisations au nitrate d'argent et à l'alun, par Marchal de Calvi la teinture d'iode, par Desprès le chlorure de zinc et par Vidal le perchlorure de fer [1].

Le traitement de cette affection doit être surtout local, ce qui n'exclut pas le traitement général, qui, dans certains cas, pourra nous être d'un grand secours.

Nous considérons personnellement, en deux mots, cette affection

1. Nous rappelons que dans *l'Odontologie* d'octobre 1894, p. 580, M. Ed Papot a indiqué un traitement consistant en des badigeonnages de stérésol consécutifs à des applications d'azotate d'argent par un procédé spécial. (*Note de la Rédaction.*)

comme une infection alvéolaire identique au processus pathologique de l'ostéomyélite, affection alvéolaire d'ordre staphylococcique, évoluant sur un terrain prédisposé par la diathèse arthritique.

La maladie débute par une gingivite, puis par une périostite de la crête alvéolaire, enfin par une alvéolite lorsque le périoste de la crête alvéolaire est détruit et que le tissu osseux est ouvert à l'infection, alvéolite avec périostite concomitante du périoste alvéolaire externe et du périoste interne ou ligament dentaire. Du reste, Witzel, en 1881, avait déjà suspecté cette lésion et lui avait donné le nom d'alvéolite infectieuse.

Comme traitement, étant donné les lésions, que faut-il faire ? Il faut enlever *radicalement* et le tartre et l'alvéole infecté avec les tissus environnants et finalement compléter l'opération par une désinfection énergique du champ opératoire.

La première indication est *l'enlèvement du tartre dentaire*. Cette opération considérée à première vue comme très facile, nous la considérons, après plus de seize ans de pratique, comme une des plus minutieuses et des plus difficiles de la cavité buccale. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'enlèvement du tartre apparent, mais de celui qui est invisible, de celui qui peut remonter ou descendre jusqu'au sommet radiculaire des dents, tartre granuleux qui envahit progressivement la racine de la dent, tandis que l'alvéole s'infecte et fond devant lui jusqu'à ce que la dent tombe. C'est donc ce tartre invisible, ce tartre qui peut être semi-solide, qui se trouve souvent en quantité presque microscopique, qu'il faut enlever. Pour bien exécuter cette opération des instruments spéciaux sont nécessaires; pour le tartre apparent nous employons un seul instrument, qui a la forme d'une pyramide triangulaire formant un angle droit avec la tige de l'instrument.

Pour le tartre sous-gingival, la série d'instruments préconisée par le Dr Custring, de Chicago, et celle de Riggs sont absolument nécessaires et répondent à tous nos désirs. Les instruments de Custring sont constitués par des lames très étroites, très minces, qui peuvent facilement s'insinuer entre la gencive et la racine de la dent, jusqu'au sommet du décollement, jusqu'au sommet radiculaire si c'est nécessaire, sans produire de dégâts du côté des gencives.

L'enlèvement du tartre sous-gingival, pour être parfait, doit se faire non seulement avec des instruments nécessitant un mouvement de traction vers l'opérateur, mais surtout avec ceux indiqués ci-dessus, qui obligent à enlever le tartre par pression contraire, c'est-à-dire dans la direction de l'apex. Au bout de quelque temps de pratique, on arrive à sentir avec ses doigts, par l'intermédiaire de l'instrument, la moindre petite rugosité de la surface radiculaire et celle-ci doit être soigneusement enlevée.

C'est surtout sur les parties latérales ou approximales des racines dentaires que se dépose le tartre le plus dur et le plus difficile à enlever, c'est celui qu'on oublie le plus souvent. Souvent on

croit avoir bien nettoyé une racine dentaire en avant et en arrière, et cependant la suppuration continue. Dans ce cas, si l'on cherche sur les parois latérales de la racine, en ayant soin de placer pendant quelques instants une boulette de ouate dans le cul-de-sac gingival, afin d'écarter temporairement la gencive et la racine, on est tout étonné de rencontrer une petite masse tartrique, qui, aussitôt enlevée, fait tout rentrer dans l'ordre. C'est surtout pour ce tartre latéral que les instruments à lamelle mince sont absolument nécessaires. De plus, dès qu'on a détaché quelques minuscules parties de dépôt calcaire, il faut laver le cul-de-sac avec de l'eau oxygénée, non pas pour son action antiseptique, mais surtout pour la réaction mousseuse ou d'ébullition que donne cet agent, réaction qui ramène à la surface les petits fragments de tartre détachés, car la moindre parcelle laissée dans le cul-de-sac sera le point de départ, le noyau d'un nouveau calcul, et par conséquent, d'une infection alvéolaire nouvelle.

On peut en une séance enlever tout le tartre apparent; mais, dès qu'on entreprend une dent pour enlever son tartre sous-gingival, il ne faut pas la quitter pour passer à une autre, avant que l'opération ait été complètement terminée. Pour l'enlèvement du tartre sous-gingival, si la maladie est très développée, plusieurs séances sont nécessaires.

Aussitôt le tartre enlevé et les culs-de-sac gingivaux bien lavés à l'eau oxygénée, on fera le curettage des bords alvéolaires avec les instruments ci-dessus mentionnés, en passant tout autour de la dent, si le décollement gingival est généralisé, ou seulement sur une des faces, si la partie externe ou interne est normale. Ce curettage alvéolaire n'est réellement que le grattage préconisé par Riggs avant même l'introduction des théories infectieuses.

Dans la grande majorité des cas, nous n'employons pas la cocaïne, le patient n'éprouvant aucune douleur; si le patient se plaint, c'est une indication que nous arrivons près de la partie normale ou peu envahie. Après avoir fait plusieurs lavages à l'eau oxygénée, on aura recours, au troisième temps de l'opération, à la cautérisation, qui, elle aussi, est presque insensible, mais qui, par la puissance du médicament employé, détruira certainement les parties infectées. Nous employons comme cautérisant l'acide sulfurique concentré ou acide monohydraté.

Après avoir bien séché le cul-de-sac gingival, où le curettage a été effectué, nous trempons un fil de platine, ayant les dimensions d'un tire-nerf, dans le récipient contenant l'acide sulfurique, et nous introduisons le fil, ainsi chargé d'acide, jusqu'au fond du décollement. Si l'infection est considérable, il ne faut pas hésiter à prendre deux ou trois fois du médicament de la même manière et à le passer dans le même cul-de-sac. On lave ensuite avec l'eau bicarbonatée. Chacun des culs-de-sac ou décollements est traité de la même manière et le patient est remis à quatre jours.

Pour la cautérisation des dents inférieures le patient est main-

tenu dans la position assise, tandis que pour cautériser l'espace péri-dentaire des dents supérieures, le patient doit être rejeté en arrière, la tête en extension forcée, afin que le sommet du décollement ou sommet radiculaire soit à un niveau inférieur à celui du collet de la dent, et que le médicament arrive bien au fond du cul-de-sac.

A la deuxième séance, si le curettage et la cautérisation ont été strictement exécutés, on trouvera un changement considérable dans l'état local : autour d'un grand nombre de dents la suppuration a complètement disparu et des dents très branlantes sont consolidées d'une manière très manifeste. Si les culs-de-sac sont profonds et si un grand nombre de dents sont envahies, plusieurs séances seront nécessaires, mais on a la satisfaction de constater quelquefois, ainsi que le patient lui-même, une amélioration certaine de l'état local, jusqu'à la disparition complète de la suppuration et de tout phénomène inflammatoire.

J'ajouterai que, même sans l'enlèvement du tartre qui est cependant une condition *sine qua non* de succès absolu, des applications d'acide sulfurique pur, faites, comme nous l'avons indiqué, par des médecins non spécialistes dans des cas de périodontite expulsive, ont amené une amélioration considérable dans l'état local des gencives. Il est évident que, lorsque toute la paroi alvéolaire a disparu, on ne peut songer à la reproduire, mais, dans ces cas même, des applications répétées d'acide sulfurique à de longs intervalles, en produisant un tissu cicatriciel dans les culs-de-sac gingivaux, amènent une contraction de ceux-ci et une implantation plus ferme de la dent.

On a essayé aux Etats-Unis, et nous l'avons fait nous-même pour combler certaine perte considérable de tissu gingival, la greffe à l'aide de l'éponge stérilisée. Malheureusement la cavité buccale est un milieu septique par excellence, et lorsque des bactéries pénètrent dans l'éponge, tous les actes qui servent à défendre la bouche contre le microbe envahisseur ne peuvent agir dans celui-ci qui devient un foyer d'infection ; ce n'est pas le cas, lorsque l'éponge stérilisée est employée pour combler une anfractuosité produite par l'extirpation d'une tumeur dans une autre région de l'organisme, qui peut être maintenue dans un état aseptique.

Plusieurs objections pourront être faites à l'emploi de l'acide sulfurique pur. On pourra dire que cet acide étant un agent très énergique peut aller bien au-delà de l'action désirée et produire de grandes pertes de substance. Cela serait possible, en effet, si l'on employait une grande quantité de ce médicament, comme l'a fait un praticien auquel j'avais recommandé cette méthode et qui, voulant être plus radical, fit une injection avec une seringue de Pravaz ; résultat : une belle perte de tissu gingival et alvéolaire.

Nous n'hésitons pas un instant à affirmer que tout médecin, spécialiste ou non, peut faire ces cautérisations telles que nous les avons indiquées, sans danger aucun. Nous n'avons jamais

hésité un seul instant à confier ce traitement au médecin ordinaire de la famille, lorsque les patients quittaient Paris, et nous n'avons jamais entendu parler du moindre accident. Quant à nous personnellement, depuis près de neuf ans que nous employons cette méthode, après avoir fait plusieurs milliers de cautérisations, nous n'avons jamais observé le moindre accident.

Autre objection. L'acide sulfurique pur étant un acide très énergique doit attaquer la dent d'une manière extraordinaire. Il n'en est rien cependant ; l'acide pur attaque beaucoup moins rapidement la dent que l'acide dilué, que l'acide aromatique des Américains qui est au 1/10 par exemple. Nous traitons quelques rares cas de périodontite expulsive chez des arthritiques à manifestations cutanées, qui font à chaque instant des poussées gingivales correspondant aux poussées cutanées; de nombreuses cautérisations ont été faites, et dans un cas particulier, très rebelle, que nous suivons depuis plus de six ans et où nous avons pu préserver les dents, grâce à des cautérisations fréquentes, il n'existe pas la moindre trace d'attaque des tissus dentaires par l'acide, érosion; ou carie ; la carie même a paru être arrêtée.

On objectera aussi que l'acide peut rendre très sensible au chaud et au froid les dents qu'il touche. L'observation clinique m'a permis de constater que mes patients n'accusaient pas plus de sensibilité au chaud et au froid que celle qui existe pendant quelques jours après tout enlèvement de tartre.

Ici encore la concentration de l'acide joue un rôle important. L'acide pur, monohydraté, très avide d'eau, dès qu'il est introduit dans les culs-de-sac gingivaux, détruit rapidement toute substance organique, sans en excepter les fibrilles dentinaires qu'il peut atteindre ; il respecte en partie les tissus inorganiques. Au contraire, l'acide dilué n'attaque pas ou attaque peu les tissus organiques, mais par contre agit énergiquement sur les sels osseux, exposant ainsi les fibrilles dentinaires, sans les détruire.

De toute façon, en introduisant l'acide comme nous l'avons indiqué, on peut très bien ne cautériser que les parties situées dans le cul-de-sac, sans toucher aux régions externes de la racine dentaire, qu'il est inutile de cautériser. J'ajouterai cependant que, dans quelques cas de sensibilité extrême du collet des dents avec périodontite où nous avons employé ce traitement, la sensibilité a beaucoup diminué, pour disparaître quelquefois complètement. En tout cas, le point important, c'est de bien cautériser la crête alvéolaire infectée où l'acide doit agir comme destructeur des tissus encore infectés, comme antiseptique énergique et même comme décalcifiant des petites particules de tartre qui pourraient avoir été oubliées dans le cul-de-sac.

Le tartre ayant été soigneusement enlevé et les gencives cautérisées avec soin, on insistera pour que le patient suive dans toute leur rigueur les soins hygiéniques de la bouche. Deux fois par jour, matin et soir, on lui fera brosser les dents avec une poudre

antiseptique, plus ou moins énergique, selon la qualité ou la rapidité de formation du tartre.

Si le tartre est en petite quantité, nous préconisons la poudre suivante :

Saccharine		0,20 centigr.
Menthol		1 gramme
Ac. borique		2 —
Salol		4 —
Savon		5
Carbon. de chaux	} ãã	20
Carbon. de magnésie		
Essence de menthe		1

Si le patient a beaucoup de tartre et de la difficulté à maintenir ses dents propres, nous ajoutons à la poudre ci-dessus 5 ou 10 grammes de pierre ponce.

Les dents étant bien propres, on aura recours au *massage des gencives*, deux fois par jour pendant deux minutes au moins, massage qui doit être effectué, non pas avec la brosse comme le recommandent un grand nombre de praticiens en Europe et toute l'Ecole américaine, mais bien avec l'index. Avec la brosse les patients trouvent le procédé très douloureux et le font très imparfaitement, tandis qu'avec le doigt on peut faire sans douleur une friction très énergique. La friction doit partir de la ligne médiane, vers la région postérieure, pour revenir à la ligne médiane au maxillaire supérieur comme à l'inférieur. On finira en faisant quelques fortes pressions ou écrasements, en partant du sommet de la racine vers le collet de la dent, c'est-à-dire de haut en bas pour le maxillaire supérieur, de bas en haut pour le maxillaire inférieur. Le même massage sera fait avec grande attention, à l'intérieur de l'arcade dentaire, au palais et à la partie interne du maxillaire inférieur. Le massage active la circulation des gencives, et supplée au défaut de mastication, car tout malade atteint de périodontite a peur d'employer ses dents, il ne mastique plus, prend des aliments aussi peu solides qu'il est possible, de la mie de pain au lieu de croûte, de peur d'ébranler ses dents. C'est le contraire qu'il faut lui recommander; il doit mastiquer beaucoup, employer ses dents le plus possible, manger de la croûte, mâchonner quelque substance un peu dure. Souvent j'ai recommandé à mes patients de mâchonner de la racine de guimauve, non pas à cause d'une vertu spéciale de cette racine, mais pour faire travailler leurs dents.

Un exemple très frappant de ce qui se passe, lorsque les dents ne sont pas employées, nous est fourni par le chien. Ainsi, le chien de chasse, le chien des rues, celui qui ramasse le premier os venu, n'est jamais atteint de périodontite expulsive; aucune mauvaise odeur ne s'exhale de sa gueule. Le chien d'appartement par contre, le petit roquet auquel on donne du blanc de poulet, des pâtées minutieusement hachées et jamais un os, perd toutes ses dents et de très bonne heure par périodontite expulsive et exhale une odeur *sui generis*.

Après le massage, on soumettra le patient aux *bains de bouche* antiseptiques avec des liquides titrés, partie très importante du traitement ultérieur. Pendant le traitement on l'obligera à prendre trois bains de bouche par jour, de cinq minutes de durée au moins, un après chaque repas. Plus tard, deux suffiront, un le matin, l'autre le soir.

Jamais on ne doit prescrire, sur une ordonnance, un gargarisme ou lavage de la bouche, car dans ces cas le malade garde le liquide antiseptique au plus 30 secondes, temps absolument insuffisant pour toute action sérieuse, car il ne faut pas oublier que les antiseptiques les plus énergiques, comme le bichlorure au 1/1000 par exemple, demandent au moins deux minutes de présence dans la bouche pour être effectifs. Sur nos ordonnances nous prescrivons toujours des bains de bouche de cinq minutes de durée *à la montre* et nous expliquons au patient qu'il est absolument nécessaire qu'il en soit ainsi, c'est-à-dire que la bouche soit en contact avec la solution antiseptique de cinq à dix minutes. Nous recommandons surtout les solutions d'acide phénique à 1 0/0 ou celles de chloral à 1 0/0 au début, puis au bout de quinze jours ou un mois les solutions à 1/2 0/0 et celles-ci d'une manière continue pendant plusieurs mois.

En résumé, le traitement consiste :

1° A curetter très minutieusement l'espace péri-dentaire pathoogique, enlevant et le tartre et la crête alvéolaire infectée ;

2° A cautériser énergiquement les culs-de-sac avec de l'acide ulfurique pur ;

3° A entretenir les dents d'une manière très attentive, à faire deux fois par jour le massage des gencives et à employer des bains de bouche antiseptiques.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Nous attirons l'attention des membres de l'Association sur l'utilité de la création de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès. Nous ne doutons pas de leur empressement à profiter des avantages qu'offre cette création ; mais nous croyons devoir leur rappeler que cette caisse ne sera définitivement créée que lorsque nous aurons réuni 40 adhésions.

Envoyer les adhésions à M. Claser, Président de la Caisse de prévoyance des dentistes, 57, rue Rochechouart, Paris.

STATUTS ADOPTÉS PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 30 JANVIER 1897.

Titre I. — Origine et but de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Art. 1er. — En dehors de sa caisse de prévoyance, l'Association générale des dentistes de France patronne une Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès aux conditions stipulées ci-après (art. 18).

Art. 2. — Il est formé entre les membres de l'Association générale exerçant et résidant en France et qui adhèrent aux présentes dispositions, une Société dénommée : Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès. Elle a pour but d'assurer, en cas de décès du sociétaire, un secours de huit cents francs à ses ayants droit ou à telles personnes nommément désignées par l'adhérent.

Titre II. — Dispositions générales. Risques garantis.

Art. 3. — Toute demande d'adhésion devra indiquer les nom, prénoms, date de naissance, profession et domicile du sociétaire ; ces renseignements servent de base pour l'administration de la Société.

Art. 4. — Le secours de 800 francs ne peut être acquis qu'après l'expiration de la 5e année, à compter du jour de l'adhésion et du paiement de la 1re cotisation, et qu'après justification du versement régulier des 5 cotisations afférentes à ces cinq années.

Art. 5. — Hormis la restriction stipulée à l'art. 4, l'indemnité est due, quel que soit le genre de mort auquel succombe l'adhérent, que ce soit par suicide, en voyage ou pendant le service militaire, en temps de paix ou de guerre, etc...

Titre III. — Du paiement des cotisations.

Art. 6. — La cotisation, fixée à 20 francs pour les adhérents âgés de moins de 45 ans, à 25 francs pour ceux de 45 à 50 ans, et à 30 francs pour les sociétaires de 50 à 55 ans, est payable sans fractionnement, par année, d'avance et pendant toute la vie.

Elle devra être versée nette de tous frais au trésorier avant le 25 janvier de chaque année. Le sociétaire doit, de plus, un droit d'entrée de 2 francs, une fois payé, pour frais d'administration.

La Société n'admet pas de membres âgés de plus de 55 ans.

Art. 7. — Le sociétaire ayant laissé expirer le 25 janvier sans s'être acquitté recevra un avertissement, à l'affranchissement ordinaire, lui accordant une nouvelle période de 8 jours. Faute de paiement après ce délai, le membre sera radié 8 jours après l'envoi d'une lettre recommandée, détachée d'un livre à souche et contenant un dernier rappel de l'échéance.

Cette prescription ayant été appliquée, le sociétaire radié aura néanmoins la faculté de rétablir son droit à l'assurance jusqu'au 25 avril de la même année, moyennant un versement invariable de 5 francs.

Art. 8. — Le sociétaire, en versant sa cotisation en retard, sera

tenu d'y joindre le montant des frais d'avertissement indiqué sur la lettre de rappel.

Art. 9. — Le sociétaire radié pourra toujours être réadmis dans la Société au même titre qu'un adhérent nouveau et sans qu'il soit tenu compte du temps passé précédemment, en ce qui concerne la restriction des 5 années stipulées à l'art. 4.

Art. 10. — Aucune cotisation versée ne peut donner lieu de la part du sociétaire ou de ses ayants droit soit à réclamation, soit à répétition.

Titre IV. — Résiliation.

Art. 11. — En cas de cessation de paiement des cotisations, le Sociétaire est radié et l'indemnité cesse *ipso facto* ; de plus, ses cotisations versées sont acquises à la Société de prévoyance, si leur total est inférieur à cinq. Si, au contraire, le sociétaire a fait au moins cinq versements annuels, il a droit à un remboursement de 25 0/0 de la somme totale qu'il a payée, et qui reste à sa disposition pendant *six* mois, sans intérêts. Passé ce délai, cette somme fait retour à la Société de prévoyance.

Art. 12. — Le sociétaire qui se domicilie à l'étranger perd ses droits à l'indemnité et sa cotisation est liquidée ainsi qu'il est stipulé à l'art. 11. Il en est de même de celui qui cesse de faire partie de l'Association générale des dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et du dispensaire dentaires de Paris.

Titre V. — Paiement de l'indemnité.

Art. 13. — L'indemnité de 800 francs due par la Société est payable à qui de droit et sans intérêts dans les huit jours qui suivent la production des pièces justificatives, notamment de celles constatant la date de naissance et le décès du sociétaire, la qualité et les droits du bénéficiaire et enfin la dernière quittance de cotisation payée.

A moins de force majeure, le bénéficiaire est tenu de se conformer aux prescriptions du § 8 qui précède dans les six mois à compter du décès. Après ce délai, la Société ne sera tenue qu'à un remboursement, ainsi qu'il est stipulé au Titre IV (Art. 11).

Art. 14. — Cette indemnité n'est acquise qu'après cinq années de présence dans la Société, ainsi qu'il est stipulé à l'art. 4.

Si le sociétaire venait à décéder avant cette période de cinq ans, ses ayants droit seraient admis à recevoir le remboursement des cotisations versées sans intérêts, en se conformant aux stipulations de l'art. 13, pour la production de leurs droits.

Art. 15. — Les sommes non réclamées dans les cinq ans de leur exigibilité sont prescrites au profit de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès.

Titre VI. — Administration et comptabilité.

Art. 16. — La Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est administrée par le Comité de prévoyance de l'Association

générale des dentistes de France, qui lui constituera une caisse et une comptabilité particulières.

A ce Comité d'administration seront adjoints deux sociétaires adhérents pour assister à ses réunions à titre de censeurs.

Art. 17. — Le président et le Conseil d'administration de l'Association générale, ainsi que les censeurs, ont tout pouvoir d'examen et de contrôle sur les actes de la Société auxiliaire.

Art. 18. — Le Comité de prévoyance de l'Association présente chaque année à l'assemblée générale de l'Association un rapport et un inventaire sur l'état de la caisse et des réserves, ainsi que sur le fonctionnement de la Société.

Les censeurs feront, au même moment, un rapport à leurs commettants où ils approuveront les résultats du rapport du Comité de prévoyance.

Art. 19. — En aucune circonstance l'Association générale ne sera rendue responsable, si les comptes de la Société de prévoyance se soldaient en perte, pas plus qu'elle ne serait appelée à profiter des excédents créditeurs.

Ces excédents seraient versés à un compte de réserve de prévoyance, destiné à parer aux risques exceptionnels d'une guerre ou d'une épidémie, ou à combler un inventaire à résultat négatif.

Titre VII. — Placement des fonds.

Les fonds seront placés en rente française ou en valeurs garanties par l'Etat français ou en prêts hypothécaires ou prêts aux membres de la Société de prévoyance, jusqu'à concurrence de la valeur de remboursement de leur assurance et au taux fixé par le Conseil d'administration.

Titre VIII. — Dispositions diverses.

La durée de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès est subordonnée à la durée de l'Association générale des dentistes de France, dont elle ne peut être séparée.

La Société de prévoyance est basée sur le principe de la mutualité ; en conséquence, si l'expérience démontrait que la cotisation de 20 francs est trop faible pour garantir la somme de 800 francs, elle pourrait être augmentée, ou le capital assuré pourrait être diminué dans les proportions fixées par le Comité d'administration et ratifiées par l'assemblée générale de l'Association générale des dentistes de France.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

NOTES RELATIVES AU JUGEMENT DU TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE QUI A STATUÉ SUR LA QUESTION DU TITRE « CHIRURGIEN-DENTISTE ».

Par M. Emile ROGER, avocat,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Nous avons reproduit dans notre fascicule de novembre der-

nier, page 695, le jugement du tribunal civil de la Seine dans cette affaire qui, est-il besoin de le dire, intéresse à un si haut degré tous les membres de notre profession. La question n'est pas vidée, puisqu'il y a appel du jugement. L'appel serait-il rendu que ce point de jurisprudence ne serait réputé avoir acquis force de « chose jugée » qu'en ce qui concerne les parties en cause. D'autres intéressés pourraient provoquer d'autres décisions. De là l'intérêt de faire connaître, tout au moins succinctement, les arguments qui militent dans un sens ou dans l'autre. Depuis l'application de la loi de 1892 nous nous sommes efforcé de commenter, à cette place, non-seulement toutes les décisions judiciaires présentant un réel intérêt de principe, mais aussi d'exposer des théories doctrinales sur toutes les questions d'ordre général qui nous ont été soumises par nos lecteurs. Nous continuerons à étudier les points importants qui nous seront signalés, sans parti pris, en faisant soigneusement abstraction des personnalités ou des intérêts particuliers, guidé par le seul désir de composer en quelque sorte un recueil du droit professionnel utile à consulter en cas de conflit.

Les faits du procès, tout le monde les connaît ; on peut les résumer dans cette formule : « Le titre de chirurgien-dentiste appartient-il exclusivement aux dentistes diplômés de l'Etat, ou bien, au contraire, tous les dentistes sans distinction ont-ils le droit de prendre cette qualification ? »

Nous allons successivement examiner très sommairement les arguments de texte, d'interprétation et de raison, susceptibles d'être présentés à l'appui de l'une ou l'autre thèse.

A. *Argument de texte*. Ce titre nous appartient exclusivement, prétend le Syndicat, qui fonde sa demande sur l'art. 2 de la loi de 1892. Nul ne peut exercer la profession de dentiste s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine ou de *chirurgien-dentiste*. Voilà le grade nouveau créé par la loi. Un grade nouveau correspond nécessairement à la qualification nouvelle, car il est impossible de diviser le signe de la chose signifiée. Le texte se suffit, dit-on, il est clair, il est précis, il contient un commandement, il dispose impérativement, il crée et est la raison d'être.

L'article 30, qui est le corollaire de l'article 2, est aussi clair : « Art. 30. — Un règlement... déterminera les conditions dans lesquelles.... 2° Un dentiste... pourra obtenir le titre de chirurgien-dentiste. »

Ce règlement d'administration publique a été publié en juillet 1893. Il règle les conditions dans lesquelles les dentistes patentés pourront acquérir le diplôme de chirurgien-dentiste. Donc, harmonie parfaite de la loi sur ce point.

Par l'article 2, la loi crée un titre nouveau, qu'elle s'est réservé d'organiser par l'article 30 — et qu'elle a effectivement organisé par le décret du 25 juillet 1893. Tous ces textes sont limpides, les deux termes de « chirurgiens-dentistes » et de dentistes y sont constamment juxtaposés. Il est manifeste que la loi a voulu créer deux catégories de dentistes, et son texte n'a rien d'équivoque.

Il est un autre argument de texte dont il n'a point été fait mention et qui, suivant nous, peut encore avoir sa portée. Le voici : en examinant la loi de 1892 dans ses grandes lignes, on remarque que dans les cinq premiers titres elle parle toujours du titre de « chirurgien-dentiste » ; elle indique les droits et les obligations qui compéteront aux diplômés qu'elle vient de créer; elle ne connaît que ceux-là; ce sont les chirurgiens-dentistes de l'avenir. Mais comme il faut compter avec les dentistes anciens, elle consacre à ces derniers son titre VI, sous la rubrique : « Dispositions transitoire » ; elle les y incorpore et les fait siens. Mais dans quels termes? Voyez l'article 32. Est-il, lui aussi, assez clair ? Peut-on dire qu'il y a ambiguïté ? Pas le moins du monde. Le mot « dentiste » seulement y est par trop de fois répétés. C'est cependant là, dans cette partie de la loi, au titre VI, qu'il faudra s'adresser quand on voudra connaître l'étendue des droits des dentistes transitoires, patentés. La loi les reconnaît et les adopte, dans des termes non équivoques, n'est-ce pas, et dans des termes qui ne peuvent être étendus, élargis, car à eux dont la situation était essentiellement précaire, puisqu'elle aurait pu les écarter, elle ne leur a donné une existence légale qu'à titre de tolérance. Et dans cet article 32 qui est leur acte de naissance ou d'adoption, quel nom leur donne-t-elle ? Le nom de « dentiste ».

Si donc le législateur avait voulu identifier les deux catégories de dentistes au point de vue nominatif comme il les a différenciées expressément au point de vue des facultés, c'est ici, dans cet article 32, qui est leur charte, sans lequel ils n'existeraient pas légalement et ne pourraient plus exercer l'art dentaire. Car ne perdons pas de vue l'article 2, qui dit que « nul ne *peut* exercer l'art dentaire s'il n'a le titre de chirurgien-dentiste ». C'est ici qu'il aurait fallu ajouter un quatrième paragraphe portant ces mots: « *Les dentistes transitoires pourront prendre eux aussi la qualité de chirurgiens-dentistes,* » et cela n'existe pas.

On peut encore ajouter la considération suivante : un texte clair n'a point à être justifié, il s'impose par lui-même, par cette seule raison bien péremptoire qu'il s'appelle « *loi* ».

A ce titre l'art. 2 seul s'imposerait. Mais le mot de « chirurgien-dentiste » de l'article 2 n'est point dû au hasard, n'est point une œuvre de fantaisie ; il est entré dans la loi par suite de l'adoption par les Chambres de l'amendement Ollivier. Cette circonstance n'est pas de nature à diminuer la valeur du terme.

B. *Argument d'interprétation.* Cet amendement Ollivier, que prouve-t-il ? Deux choses : d'abord, la volonté du législateur de qualifier le diplôme nouveau ; ensuite, et c'est là une réponse aux dentistes transitoires, il indique virtuellement que ce titre de « chirurgien-dentiste » n'appartenait pas à la corporation des dentistes avant la loi de 1892. En effet, si à la proposition faite par M. Ollivier d'appeler les nouveaux diplômés « chirurgiens-dentistes » il avait été répondu : Ce que vous demandez là est une superfétation, car tous les dentistes sont en possession de ce titre,

et si, sur une pareille réponse, le dit M. Ollivier avait retiré son amendement en prenant acte de cette déclaration, nul doute que le titre appartiendrait à la corporation tout entière, par interprétation des travaux législatifs. Mais il n'en a pas été ainsi, et c'est sur l'insistance de l'auteur de l'amendement, insistance qui s'est traduite par ces mots : « *Il me semble qu'il serait juste que les Français qui,* DÉSORMAIS, *n'obtiendront le diplôme d'Etat qu'à la suite d'études* TRÈS SÉRIEUSES, *pussent eux aussi avoir le titre de* CHIRURGIEN *sur leur diplôme* », que le mot *chirurgien* a été inséré dans la loi. N'est-ce pas concluant ?

C. *Argument de raison.* Le législateur de 1892 a eu surtout en vue l'intérêt public. Par le titre de *chirurgien-dentiste* le public, depuis 1892, sait qu'il s'adresse à un dentiste qui présente toutes les garanties que la prudence humaine peut demander, qu'il a fait des actes de scolarité, passé des examens difficiles, qu'en un mot, il est un homme compétent. Il signifie encore, ce titre, que celui qui y a droit peut pratiquer l'anesthésie sans l'intervention d'un médecin. C'est pourquoi une distinction est nécessaire, et elle ne peut être faite qu'en décidant qu'il y a deux catégories de dentistes avec des appellations différentes.

Quant aux objections faites à la demande et tirées de ce que l'expression « chirurgien-dentiste » est nécessaire pour désigner la profession et est tombée dans le domaine public par suite d'un usage constant de cette appellation, on a répondu, dans l'intérêt du Syndicat, que l'expression n'était pas nécessaire, qu'elle n'était pas d'un usage universel et constant ; que, ni dans la jurisprudence, ni dans la doctrine, ni dans la préparation de la loi de 1892, il n'est question de cette expression, quand bien même il serait établi que les dentistes, avant la loi de 1892, prenaient ce titre de « chirurgien ». Cette prise de titre n'aurait aucune signification, car c'est indûment qu'ils l'auraient pris, et l'usurpation ne saurait devenir la source d'un droit. Par conséquent, il est inexact de dire que, puisque la loi n'a pas eu d'effet rétroactif quant à l'exercice de la profession, elle ne doit pas en avoir en ce qui touche un titre qui, ni en fait, ni en droit ne leur appartenait.

Au nom des dentistes transitoires on s'est attaché à démontrer qu'en fait la qualité de chirurgien-dentiste était prise par un bon nombre de dentistes avant 1892 ; que, d'après l'article 32, il n'y a qu'une distinction à faire entre les dentistes anciens et les nouveaux : c'est que les uns peuvent pratiquer seuls l'anesthésie, tandis que les autres doivent être assistés d'un médecin. D'après la discussion qui a eu lieu notamment au Sénat, il ressort, a-t-on dit, que les expressions « chirurgien-dentiste » et « dentiste » sont équivalentes. La preuve de cette équivalence se trouve dans les articles 2 § 9, 11, 13 et 19 où on trouve soit le mot « chirurgien-dentiste », soit le mot dentiste. Il n'y a donc rien de changé dans les situations acquises et on doit maintenir aux dentistes qui prenaient le titre de « chirurgiens-dentistes » cette qualification. Les obliger à prendre seulement la qualité de « dentistes », c'est manifestement

aller à l'encontre de l'esprit même de l'amendement Ollivier. De plus, si la théorie adverse était admise, il faudrait défendre aux docteurs en médecine et aux officiers de santé, qui ne se sont point soumis à l'examen pour obtenir le diplôme spécial, le droit de s'intituler « chirurgiens-dentistes de France ».

Il y a un moyen de tout concilier: c'est aux dentistes diplômés de s'intituler « chirurgiens-dentistes » de la Faculté de médecine de Paris. Cette distinction est suffisante.

Telle est, résumée, l'argumentation que soulève cette affaire de part et d'autre. Le jugement qui consacre la thèse du Syndicat a été frappé d'appel. Les choses vont donc rester dans le *statu quo* jusqu'à ce que la Cour d'appel ait statué à son tour.

En cet état nous n'avons qu'à attendre l'œuvre de la justice, sans nous livrer à un travail d'appréciation qui pourrait être considéré, à bon droit, comme inopportun et intempestif.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je lis dans le dernier numéro de *l'Odontologie* (article de M. Amoëdo) la phrase suivante : « Lorsque je faisais des travaux pratiques de chimie médicale à la Faculté de Paris, j'y appris une formule de réaction pour reconnaître l'eau oxygénée et je profite de ce Congrès pour vous en faire part ; *je ne l'ai vue décrite nulle part.* La voici : on prend une solution d'acide chromique à 5 0/0, on la verse dans l'eau oxygénée et on obtient une belle coloration bleue. »

Or, dans les cours de chimie minérale professés par M. Armand Gautier à la Faculté de médecine de Paris (édition Masson, 1895, page 138), cours supprimés depuis l'année dernière, et dans les cours professés par M. Troost à la Faculté des Sciences de Paris (édit. Masson, 1895, page 101, la solution chromique, comme réactif de l'eau oxygénée, se trouve indiquée en premier lieu.

Cette réaction a été particulièrement étudiée par M. Berthelot qui prouva que la coloration bleue est due à la formation d'acide perchromique ou plutôt d'un composé d'acide perchromique et d'eau oxygénée Cr^2O^7, H^2O^2.

J'espère que M. Amoëdo et que les lecteurs de *l'Odontologie*, également pénétrés du respect que l'on doit à l'exactitude de la documentation scientifique, me sauront gré de cette indication.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

MENDEL JOSEPH.

LIVRES ET REVUES.

REVUE ODONTOLOGIQUE, *revue bi-mensuelle, par le Dr Paraskévoff, de Sévlièvo (Bulgarie).*

Dans son article inaugural du 15 décembre 1896, le Dr Paraskévoff fait l'historique de l'art dentaire dans l'antiquité. Plus

loin il passe en revue la création des écoles dentaires et consacre une large place aux efforts qui donnent de si beaux résultats à Paris.

Nous le remercions de rappeler que l'Ecole dentaire de Paris a été fondée la première en 1880, grâce à l'initiative d'un groupe de dentistes réunis dans une Société confraternelle en 1879.

Nous souhaitons bonne chance et grand succès à notre nouveau confrère bulgare.

Nous avons reçu les *Transactions of the American dental Association at the thirty-sixth annual session held at Saratoga Springs.*

Nous avons reçu également *Le traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire,* par le Dr Guimbail, de Monaco.

On désire acquérir pour la Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris les Leçons cliniques sur les maladies des dents, du Dr Andrieu. Ecrire à M. Bonnard, bibliothécaire, 57, rue Rochechouart.

Avis aux auteurs et éditeurs.

Il ne sera rendu compte que des ouvrages dont il aura été envoyé *deux* exemplaires. Les autres seront simplement annoncés.

VARIA.

LES DENTS DE LOUIS XIV.

Nous savons que le Grand Roy était né avec deux dents ; cette anomalie, assez rare, aurait été observée chez d'autres personnages illustres tels que : Curius Dentatus, Robert le Diable, Richard VI d'Angleterre, Mazarin, Mirabeau, et de nos jours, le Dr Broca. Nous savions également que, vers la fin de sa vie, il portait un dentier, qui avait été exécuté par son dentiste Dubois, lequel était pour l'époque un praticien déjà très expert en prothèse dentaire. Dans l'ouvrage très intéressant que vient de publier ces jours derniers le Dr Cabanès, livre intitulé : *Le cabinet secret de l'histoire* [1], nous trouvons d'autres détails sur le système dentaire de Louis XIV.

D'Aquin, médecin et historiographe de la santé de Louis XIV, dit que son royal client eut des dents déplorables, mais que c'est surtout à l'âge de 38 ans, en 1676, qu'il commença à en souffrir plus sérieusement.

Pendant la campagne de Flandre le roi ressentit plusieurs fois « des douleurs de dents assez opiniâtres ». Ces souffrances étaient généralement calmées par une simple application d'*essence de gi-*

1. Chez A. Charles, libraire, 8 rue Monsieur-le-Prince, Paris.

rofle ou d'*essence de thym.* (N'est-ce pas le traitement antiseptique ?... *déjà* ! comme aurait dit Hervé !)

« Deux ans plus tard, en septembre 1678, le Roy, qui allait à la chasse par tous les temps, prit froid et il se manifesta un abcès dentaire. La joue droite, la gencive s'enflèrent et l'abcès ayant suppuré intérieurement par l'usage d'un cataplasme fait de mie de pain et de lait (Bien !), il fut ouvert avec la lancette, d'où il sortit du pus et la douleur cessa avec la tumeur. »

En 1685, année de son mariage avec Mme de Maintenon, le roi fut atteint d'une carie du maxillaire et d'une perforation du sinus.

« On avait dû arracher toutes les dents de la mâchoire supérieure du côté gauche, tant elles étaient mauvaises, et, à la suite de cette avulsion, il était resté un trou dans la mâchoire tel que, toutes les fois que le Roy buvait ou se gargarisait, l'eau allait de la bouche au nez, d'où elle coulait comme d'une fontaine ».

Ce trou s'était fait « par l'éclatement de la mâchoire arrachée avec les dents, qui s'était enfin cariée et causait quelquefois quelques écoulements de sanie de mauvaise odeur, d'autant qu'il était impossible de reboucher ce trou que par l'augmentation de la gencive, et qu'elle ne se pouvait reproduire que sur un bon fonds, c'est-à-dire en guérissant la carie de l'os de la mâchoire quelque profond qu'il pût être ».

Sur l'avis de d'Aquin, appuyé par Félix Tassy, premier chirurgien du roi, et de Dubois, dentiste attaché au service de Sa Majesté, on jugea qu'il n'y avait que « le feu capable de satisfaire à l'action de ce mal ».

Le malade y consentant, « l'on fit faire des cautères de grosseur et de longueur convenables pour remplir et brûler les bords aussi profondément que la carie le demandait ».

Le 10 janvier on appliqua quatorze fois « le bouton de feu »; M. Dubois, qui tenait l'instrument, « paraissait plus las que le roi qui le souffrait ».

Pour ma part, je serais plus disposé à croire que notre confrère se faisait la juste réflexion que l'application du fer rouge conseillée par le chirurgien remplacerait difficilement le *Dentier obturateur* qu'il devait déjà méditer de construire.

Sur le conseil des médecins, le roi se gargarisa et fit « passer trois fois par jour, de la bouche dans le nez, un liquide composé d'un quart d'esprit de vin, autant d'eau vulnéraire distillée, et moitié de fleurs d'oranger pour résister à la pourriture, faciliter la chute des escharres et avancer la régénération de la gencive ».

Une complication ne tarda pas à se manifester d'ailleurs après la « fermeture de la fistule : il persista pendant quelque temps une mauvaise odeur nasale, déterminée par la stagnation du pus dans le sinus maxillaire, dont l'inflammation dura encore un certain temps ».

Il paraît assez admissible que cette affection buccale grave et l'état particulier d'esprit où se trouvait Louis XIV pussent le pousser

à signer la fatale révocation de l'édit de Nantes (novembre 1685). D'ailleurs, à ce moment le ménage royal était loin de la lune de miel et il a été rapporté que, le roi disant un jour à Mme de Maintenon « qu'il était fatigué de supporter sa mauvaise humeur », celle-ci lui répondit : « Sire, je supporte bien, moi, votre mauvaise odeur ! »

Onze ans plus tard on relate encore un nouvel abcès dentaire (1696) : « une fluxion se jeta sur la joue droite et l'enfla beaucoup à l'endroit des glandes maxillaires. — Après plusieurs mauvaises nuits » l'abcès crève, ce qui diminue la douleur et la fluxion. Mais le roi ayant voulu sortir le vendredi pour aller à la messe, la tuméfaction reparut et dura jusqu'au lundi suivant. Le malade ne fut débarrassé complètement que quand on lui eut retiré « trois poêlettes de sang ».

Jusqu'en 1707 rien d'extraordinaire ne survient dans la mâchoire du Roy-Soleil et ses dents ne l'eussent probablement pas trop fait souffrir, s'il n'avait eu la malencontreuse inspiration de tourmenter « le chicot d'une dent du bas », dont la pointe l'incommodait, pour tâcher de la tirer lui-même.

« Le soir il se sentit de la douleur et de la dureté, et le matin il y parut de la rougeur qui s'augmenta et de la tumeur avec elle. Elles gagnèrent ensemble tout le tour de la mâchoire inférieure où se forme le menton, avec une dureté assez considérable. La douleur se propagea à la nuque, au cou, à l'épaule, au bras droit, dans l'articulation de l'épaule, en même temps qu'il se déclarait un peu de mal de gorge.

« Une grande selle, mêlée d'humeurs incessantes, et une forte suée firent promptement rétrocéder ces fâcheux symptômes ; le mercredi suivant, 16 du mois, le roi se fit extraire le chicot qui sortit presque sans douleur, et tous les accidents cessèrent. »

Il semble toutefois que le roi ne conservait pas son râtelier pour prendre ses repas, si nous en croyons l'anecdote suivante racontée par Saint-Simon dans ses *Mémoires*. Un jour, à son déjeuner, le roi mangeant un perdreau, se plaignait de la difficulté qu'il éprouvait, n'ayant plus de dents, à mâcher ce volatile. Sur quoi le maréchal de Duras qui était présent s'écria : « Mais, Sire, qui est-ce qui a des dents ! » Ajoutons que Saint-Simon ne pardonna pas au maréchal cette flatterie exagérée, qui dépassait toute mesure permise.

Le livre du Dr Cabanès contient bien d'autres citations intéressantes et amusantes. Dans ce volume (2me série), je désire signaler aux lecteurs de *l'Odontologie* les chapitres suivants : Des avatars du cadavre de Richelieu ; les couches de Mlle de Lavallière ; les maladies de Mme de Pompadour ; du cas de Mme Récamier, etc. Tous ces articles sont remplis de faits, d'anecdotes, de trouvailles qui dénotent bien les qualités de fureteur extraordinaire de l'auteur.

G. Viau.

NÉCROLOGIE.

M. Godon, notre distingué directeur, a eu la douleur de perdre sa mère, Mme veuve Laffite, décédée dans sa 72e année, le 30 janvier 1897, à Courbevoie.

Les obsèques ont eu lieu le 1er février.

Les membres du corps enseignant et le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, le Conseil de l'Association générale des dentistes de France et le bureau de la Société d'Odontologie s'étaient joints aux nombreux amis du directeur de l'Ecole dentaire de Paris pour lui témoigner la grande part qu'ils prennent à sa peine.

Nous sommes certains d'interpréter les sentiments de tous en exprimant à M. Godon les vifs regrets de nos confrères pour le malheur qui le frappe, et, au nom de la Rédaction de *l'Odontologie*, nous le prions d'agréer l'assurance de notre vive sympathie.

Des couronnes ont été déposées au nom de l'Ecole et de l'Association générale des dentistes de France.

E. B.

Nous avons à enregistrer la mort de M. Mariez (Georges), ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris et diplômé de la dernière session, excellent sujet, travailleur acharné, décédé le 25 janvier après une longue et douloureuse agonie.

Ses obsèques ont eu lieu au cimetière St-Ouen.

MM. Ronnet et Billet représentaient le corps enseignant ; ils étaient accompagnés de 40 élèves de l'Ecole.

Une couronne avait été offerte par le Conseil de direction et le corps enseignant.

Nous adressons à la famille de ce jeune homme l'expression de nos condoléances.

NOUVELLES.

Le Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, dans sa séance du 22 décembre 1896, a nommé démonstrateurs MM. Mahé, D. E. D. P. ; Faloy, D. E. D. P. ; Borcier, D. E. P. ; Catton, D. E. P.; Liskenne, D. E. P. ; Schuller, D. E. P.

Le Syndicat français se charge des encaissements et recouvrements des notes d'honoraires des dentistes faisant partie de l'*Association générale des Dentistes de France* aux conditions spéciales arrêtées avec le Conseil d'administration de l'*Association générale des Dentistes de France* dans sa séance du 26 janvier 1897. — S'adresser au Syndicat français, 131, boulevard Sébastopol.

M. Heïdé, professeur à l'école dentaire de Paris et membre de notre comité de rédaction, vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

Nous sommes heureux de cette distinction et nous exprimons à notre confrère nos bien sincères félicitations.

Dans la liste des promotions d'officiers d'Académie de janvier, nous avons la satisfaction de relever le nom de M. le Dr Damain, fils de notre c nfrère de l'Ecole odontotechnique.

Nous adressons nos félicitations au nouveau promu.

Nous avons le plaisir d'apprendre le mariage de notre confrère M. Schleier, D. E. D. P., qui représente à Paris deux grands journaux russes, *Odessky Listok* et *Kievskoc Slovo.*

XIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU.

Le XIIe Congrès international de médecine se tiendra à Moscou du 7 (19) au 14 (26) août 1897.

Une section d'Odontologie est réservée aux dentistes, et ceux de nos confrères qui voudront en faire partie devront adresser leurs communications, avant le 1er mai 1897, au Président de la section, M. le Dr Th. Rein, Moscou, Petite Dmitrowka, m. Chechkow.

Outre les communications qui lui parviendront avant le 1er mai, la section d'Odontologie aura à étudier les questions suivantes :

1. Quel est le degré d'instruction à exiger des personnes qui s'occupent du traitement des dents? Rapporteur, M. le Professeur Julius Scheff (Vienne).
2. Hygiène de la cavité buccale et des dents.
3. Anesthésie générale et locale, appliquée aux extractions des dents. Rapporteur : M. le Dr W. Richardson (Londres).
4. Cataphorèse en odontologie.
5. La nature et le traitement de la pyorrhée alvéolaire (*Caries alveolaris specifica*). Rapporteur, M. le Professeur József Arkovy (Budapest).
6. Traitement et obturation des dents avec pulpes détruites.
7. Couronnes et travaux à pont sous le rapport hygiénique et technique. Rapporteur, M. le Dr M. Morgenstern (Baden-Baden).

La cotisation est fixée à 25 francs.

SESSION D'EXAMENS POUR LE DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

La deuxième session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 31 mai 1897.

SONT SEULS ADMIS A SE PRÉSENTER A CETTE SESSION : 1° *Pour les trois examens*, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892 ; les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893 ;

2° *Pour les deux derniers examens*, les dentistes de nationalité française, inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889 ;

3° *Pour le deuxième examen*, les dentistes pourvus, antérieurement au 1er novembre 1893, d'un diplôme délivré par l'une des Ecoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

LES CANDIDATS PRODUIRONT LES PIÈCES SUIVANTES : un extrait authentique de leur acte de naissance et, s'il y a lieu, une traduction également authentique de cette pièce ; un extrait de leur casier judiciaire, et, suivant le cas, un certificat constatant leur inscription au rôle des patentes au 1er janvier 1892, ou antérieurement au 1er janvier 1889, un certificat constatant qu'ils sont français, le diplôme qu'ils ont obtenu devant une Ecole d'enseignement dentaire de France, antérieurement au 1er novembre 1893.

A ces pièces, les candidats élèves des Ecoles dentaires visés au paragraphe II ci-dessus devront joindre :

1° Soit *un diplôme de bachelier*, soit *le certificat d'études prévu par le décret du* 30 *juillet* 1885, *modifié par le décret du* 25 *juillet* 1893, soit *le certificat d'études primaires supérieures*, dans les conditions prescrites par les circulaires des 3 mai et 27 novembre 1895 ;

2° *Un certificat constatant qu'ils ont accompli, dans l'une des Ecoles dentaires, des études complètes et régulières.* A ce certificat sera joint *un extrait des registres de l'Ecole indiquant les dates d'entrée, d'inscriptions, etc.* ;

3° *Un certificat individuel délivré par M. le Directeur des travaux scientifiques de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, certificat justifiant du travail de l'élève et de son assiduité aux travaux pratiques de dissection.*

LES CONSIGNATIONS SERONT REÇUES AU SECRÉTARIAT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, AUX DATES CI-APRÈS DÉSIGNÉES, SAVOIR :

Deuxième session :

1er examen, les 17 et 18 mai 1897 ; 2e examen, le 8 juin 1897 ; 3e examen, les 28 et 29 juin 1897.

LES CANDIDATS CONSIGNERONT LES DROITS D'EXAMENS, DE CERTIFICAT D'APTITUDE ET DE DIPLÔME FIXÉS PAR LE DÉCRET DU 14 FÉVRIER 1894 (30 FR. POUR CHAQUE EXAMEN, 20 FR. POUR CHAQUE CERTIFICAT D'APTITUDE, ET 100 FR. POUR LE DIPLÔME).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme, selon les cas.

LES EXAMENS AURONT LIEU AUX DATES CI-APRÈS DÉSIGNÉES, SAVOIR :

Deuxième session :

1er examen, du 31 mai au 5 juin 1897 ; 2e examen, du 21 au 26 juin 1897 ; 3e examen, du 12 au 24 juillet 1897.

LES PATENTES

La commission des patentes a examiné une proposition tendant à exonérer des droits de patente le domicile familial des médecins et des chirurgiens-dentistes, ainsi que les dispensaires où sont donnés des soins gratuits aux malades.

La décision sera prise prochainement.

AVIS

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *l'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Séance du mardi 29 septembre 1896.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. d'Argent, Godon, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Godon prononce une allocution sur le résultat du Congrès national de Nancy où s'est encore affirmé le bon esprit de confraternité qui existe dans la profession.

Il énumère les diverses questions à mettre à l'étude pour la session d'hiver du Conseil : séance de réouverture, local, exposition et congrès de 1900, etc.

Il annonce que M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, a accepté de présider la séance d'inauguration, le jeudi 5 novembre.

Le conseil examine la question du local.

M. Viau communique les conditions faites par le propriétaire pour le renouvellement du bail.

M. le Président de la commission d'enseignement dépose son rapport.

Une discussion s'élève sur la participation de l'Ecole à l'Exposition de 1900.

M. Godon fait part des décès de M. Meunier, démonstrateur à l'Ecole,

et de M. Potel, tous deux membres de la Société, exprime ses regrets et adresse, au nom du Conseil d'administration, ses compliments de condoléance aux familles des défunts.

Demandes d'admission.

MM. les docteurs Rosenthal père et fils, Michel, Dr Friteau, Pastariano, Dr Monnet.

Admissions.

MM. Klein, chirurgien-dentiste, Weber, chirurgien-dentiste à Paris, Monnin, chirurgien-dentiste au Mans.

Lettres de *M. Houdoux* posant sa candidature pour un poste de démonstrateur et de *M. d'Almen* demandant à prendre part au concours de chef de clinique de prothèse.

Rapport de la commission des examens par *M. Papot.*

Réclamation d'un élève de 1re année relative à l'examen de prothèse.

M. Martinier propose à ce sujet de joindre l'étude du mécanisme du cours et des examens de prothèse à la commission d'enseignement. Adopté.

Rapport de *M. d'Argent,* trésorier, proposant que les 176 fr. versés pour la scolarité 1895-96 par M. R., qui ne s'est pas présenté aux cours, soient reportés sur la scolarité 1896-97.

M. Godon propose un arrangement avec l'Association pour paiement de l'annuaire et fixe à 100 fr. la quote-part de l'Association. Adopté.

Réinvestiture des chefs de clinique.

M. Lemerle propose que les chefs de clinique qui sont nommés pour trois ans ne puissent pas être réinvestis plus de deux fois pour une période de trois ans, c'est-à-dire qu'ils feraient neuf ans au maximum.

Les démonstrateurs, nommés pour deux ans, ne pourraient pas être investis plus de deux fois pour une période de deux ans, soit six ans au maximum.

Pour établir leur situation, les titulaires actuels seraient placés sur une liste avec la date de leur entrée en fonctions.

M. Godon propose de réinvestir les chefs de clinique et les démonstrateurs actuels, les premiers pour le temps qui leur reste à courir depuis leur nomination jusqu'à trois, six ou neuf ans au maximum;

Pour les seconds, même proposition pour une période de deux, quatre ou six ans.

MM. Martinier et *Roy* sont d'avis de porter le temps de réinvestiture pour les chefs de clinique à six ans au plus, et pour les démonstrateurs à quatre ans. Repoussé.

Il est proposé que les chefs de clinique soient en exercice pendant trois, six ou neuf ans et les démonstrateurs deux, quatre et six ans. Adopté.

Cette proposition de modification sera soumise par le Conseil à l'assemblée générale.

Les chefs de clinique et les démonstrateurs qui ont déjà plus de neuf ans et plus de six ans seront réinvestis pour un an afin d'avoir le temps de faire des concours. Adopté.

A l'expiration de la durée de leurs fonctions, quel titre pourront-ils prendre ?

Après une longue discussion, on remet la question à une séance ultérieure, pour prendre l'avis de la commission d'enseignement.

Nomination du Jury du concours au poste de chef de clinique de prothèse.

Membres :	Suppléants :
MM. Viau, professeur.	MM. Gillard, professeur.
Francis Jean, profes. suppl.	Heïdé, professeur suppléant.
Martinier, —	Barrié, —
	Touchard, —

Nomination de la commission de l'Exposition et du Congrès de 1900.

Cinq membres.

MM. Godon, Sauvez, Martinier, d'Argent, Choquet.

Séance du 21 octobre 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bonnard, Choquet, Godon, Lemerle, Loup, Löwenthal, Martinier, Papot, Prével, Roy, Sauvez, Stévenin et Viau.

Correspondance.

Lettre de *M. le Directeur de l'école dentaire de Bordeaux* relative au changement d'école des élèves.

Le Conseil décide de communiquer le dossier des élèves.

Lettre de *M. Maire* posant sa candidature au poste de démonstrateur. — Renvoyée à la commission d'enseignement.

Lettre de *M. Friteau*, demandant à faire le cours de pathologie générale en deux années. Sur l'avis de la commission d'enseignement cette modification est adoptée par le Conseil.

M. Choquet demande que le cours de bactériologie soit fait en 2e année. — Renvoyé à la commission d'enseignement.

Lettre de *M. Schwartz*, exposant la situation des élèves ajournés à la session d'octobre au point de vue des examens de la Faculté. Le Conseil décide de faire une session supplémentaire en mars prochain.

M. Julien, pharmacien, présenté par M. Francis Jean, offre d'être fournisseur de l'École. — Demande renvoyée à l'économe.

Le Conseil adresse des remerciements à M. Klingelfuss pour la machine destinée à l'application de la cataphorèse dont il a fait don à l'Ecole.

Lettre de demande d'un crédit pour planches. — Le crédit n'est pas adopté.

Il est décidé que les professeurs devront faire le plus souvent possible les projections au moyen de préparations qui leur seront fournies par M. Choquet.

M. Choquet est nommé conservateur du matériel scolaire.

Un crédit de 50 francs est voté pour réparer l'appareil à projections et entoiler les planches.

Réinvestitures.

M. Roy, secrétaire général, donne lecture du tableau suivant résumant l'état de service des chefs de clinique, démonstrateurs et préparateurs et indiquant la date à laquelle leurs fonctions devront prendre fin conformément au nouveau reglement.

Chefs de clinique.

MM. Loup, nommé le 22 décembre 1891-1894-1897.
Bioux, nommé le 9 novembre 1884-1887-90-93-96-97.

MM. Martial-Lagrange, nommé le 9 novembre 1884-1887-90-93-96-97.
Prével, nommé le 23 octobre 1888-1891-94-97.
Touvet-Fanton, nommé le 28 avril 1896-1899.
Legret, nommé le 7 octobre 1887-1890-93-96-97.
d'Argent, nommé le 31 juillet 1894.
Meng, nommé le 9 novembre 1886-1889-92-95-97.
Devoucoux, nommé le 28 avril 1896-1899.

Démonstrateurs.

MM. Martin, nommé le 23 avril 1889-1891-93-95-97.
de Lemos, nommé le 9 novembre 1883-1885-87-89-91-93 95-97.
Fresnel, nommé le 5 janvier 1893-1895-97.
Stévenin, nommé le 5 février 1894-1896-98.
Jacowski, réintégré le 7 août 1894-1896-98.
d'Almen, nommé le 5 janvier 1893-1895-97.
Billebaut, nommé le 2 février 1892-1894-96-98.
Paulme, nommé le 1er décembre 1891-1893-95-97.
Denis, nommé le 1er décembre 1891-1893-95-97.
de Croës, nommé le 27 février 1894-1896-98.
Hirschberg, nommé le 27 février 1894-1896-98.
Jeay, nommé le 5 février 1894-1896-98.
Delaunay, nommé le 28 octobre 1890-1892-94-96-98.

Préparateur.

M. Choquet, nommé le 5 février 1894-1896-98.

Les réinvestitures de MM. Arnold et Joseph Mendel sont renvoyées à la commission d'enseignement.

Le Conseil adopte les réinvestitures proposées.

Une demande de M. Löwenthal relative à la signature des diplômes délivrés par l'Ecole est renvoyée à la commission de prothèse.

Nomination de la commission de prothèse. MM. Martinier, Viau, Lemerle et Lowenthal sont nommés.

La séance de réouverture des cours est fixée au jeudi 5 novembre, sous la présidence de M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté.

M. Martinier est chargé de faire une conférence sur l'importance de la prothèse dans l'enseignement.

M. Papot lit son rapport sur l'attribution des récompenses. Adopté.

Le Conseil vote l'attribution des médailles aux professeurs :

Médaille d'or à M. Lemerle, médaille d'argent à M. Prével.

Rapport de M. Prével sur la séance de réouverture. Un crédit de 1.000 francs est voté.

Admissions.

MM. le Dr Rosenthal père, à Nancy.
— Rosenthal fils —
— Friteau, à Paris.

MM. Michel, chir.-dent., à Nancy.
Monnin, — au Mans.
Pastariano, — à Constantⁿᵉ.

Demandes d'admission.

M. Wisner, chirurgien-dentiste à Strasbourg, présenté par MM. Godon et Choquet; M. Fache, chirurgien-dentiste à Toulouse, présenté par MM. Choquet et Papot ; M. Durand, chirurgien-dentiste à Neuilly, présenté par MM. le Dr Sauvez et Choquet ; M. Florestan Aguilar, chirurgien-dentiste à Cadix (Espagne), est réintégré comme membre de la Société.

Le Conseil décide que les cours préparatoires au certificat d'études n'auront pas lieu en 1897.

17e ANNÉE. No 3. MARS 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie paraît avec un minimum de 72 pages de texte.
Le présent numéro en contient 30, plus un supplément.

BULLETIN MENSUEL.

LE MOUVEMENT PROFESSIONNEL EN PROVINCE.

Il y a une dizaine d'années environ, l'Association générale des dentistes de France adoptait un projet tendant à la création de groupements dans les différentes régions du pays. L'éducation professionnelle n'était probablement pas encore suffisamment avancée, car le projet, quoique bien accueilli, resta à l'état de vœu platonique. Il semble enfin, depuis ces dernières années, en voie de réalisation.

Nos confrères de Bordeaux, les premiers, ont ouvert la marche par la fondation de la *Société des dentistes du Sud-Ouest*. Le développement a été assez rapide dans cette région pour qu'il y ait maintenant en plein fonctionnement une Société, une école, un journal, qu'il s'y soit tenu un Congrès, qu'il y ait eu des banquets et même quelques luttes professionnelles assez vives, véritables preuves de la vitalité de ce premier groupement.

Puis ce fut le tour du Sud-Est par la fondation à Nîmes de la deuxième Société provinciale, dont l'activité s'est manifestée en diverses circonstances depuis sa création.

Ensuite vinrent d'abord le Syndicat du Nord, créé à Lille il y a bientôt deux ans, puis le Syndicat de l'Ouest, fondé à Brest l'année dernière; la seconde ville de France, Lyon, n'arrive que la cinquième dans ce réveil de la vie professionnelle par la fondation de la *Société des dentistes du Rhône et de la région.*

Il reste les régions de l'Est et du Centre qui sont encore dépourvues de Sociétés spéciales; l'organisation de la première ne saurait tarder, sa fondation ayant été décidée au dernier Congrès national à Nancy; quant à la seconde, elle semble probablement moins urgente à nos confrères par suite du voisinage des Sociétés parisiennes.

Ainsi, l'on peut dire qu'à l'exemple des divers pays d'Europe et d'Amérique nous possédons maintenant des Sociétés dentaires dans les principales régions du pays et que le vœu de l'Association gé-

nérale des dentistes de France se trouve enfin réalisé. Tous les hommes qui aiment leur profession ne peuvent que se réjouir de la naissance de ces Sociétés, que nous avons pour notre part, dans ce journal, tout fait pour provoquer et faciliter.

Si la première pensée qui a inspiré la formation de la majorité de ces groupements régionaux est surtout le désir de défendre les droits et privilèges conférés par la loi nouvelle de réglementation du 30 novembre 1892, il n'en est pas moins vrai qu'ils contribuent tous maintenant au développement de l'activité et du progrès professionnels.

Toutes ces Sociétés, malgré quelques divergences de vues sur des points très spéciaux, expriment des vœux à peu près identiques, et cela s'explique puisqu'elles sont composées d'hommes ayant les mêmes intérêts et à peu près les mêmes aspirations. Les divergences même s'atténuent, car le plus souvent elles résultent de malentendus que des explications publiques réussissent presque toujours à dissiper. Les programmes devenant communs, les revendications ainsi présentées sur toute la surface du territoire acquièrent plus de force et ont plus de chance d'aboutir.

Aussi suivons-nous avec un grand intérêt ce mouvement professionnel et en examinons-nous avec soin les moindres manifestations. C'est ainsi qu'ayant appris que la Société des dentistes du Rhône, formée à peine depuis un an, grâce à l'initiative de notre excellent et dévoué collègue, le Dr Guillot, venait d'avoir son premier banquet, nous avons lu attentivement le discours prononcé à cette occasion par son président, le Dr Claude Martin. Comme on le verra plus loin, ce discours est un véritable programme et, à ce titre, intéressant à analyser.

M. le président se félicite, au début de son allocution, de la fondation de la Société dont il prévoit les heureuses conséquences, puis il passe en revue les questions qui sont actuellement à l'ordre du jour de la profession. La plupart de ses revendications sont les mêmes que celles que nous avons déjà formulées tant dans nos réunions à Paris que dans les Congrès régionaux : grande tolérance envers les anciens dentistes au sujet de leur titre et de l'emploi des anesthésiques locaux; réduction du service militaire des élèves chirurgiens-dentistes à un an ; création du service dentaire dans l'armée ; il y joint aussi quelques propositions personnelles très généreuses, comme celles relatives aux mécaniciens-dentistes, qui resteront probablement à l'état de vœu platonique. Dans les examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste il réclame une place plus importante pour les questions techniques et, à ce sujet, il fait des déclarations sur l'insuffisance du savoir technique des docteurs en médecine qui s'improvisent dentistes, déclarations que nous n'avons qu'à approuver. Nous avons toujours défendu en matière d'éducation dentaire cette thèse ainsi formulée par Harlan : *dentiste d'abord, médecin ensuite si possible.*

A propos des docteurs en médecine, M. Martin nous dit, je ne sais trop pourquoi, qu'ils préfèrent aller apprendre la technique dans

les écoles dentaires étrangères plutôt que dans les écoles libres françaises. Les faits se chargent de le contredire : il y a en ce moment environ *une dizaine* de docteurs en médecine élèves à l'Ecole dentaire de Paris.

Si nous sommes d'accord avec M. le président de la Société du Rhône sur la plupart des points de son programme cités plus haut, il n'en est pas de même sur la question d'application de l'enseignement dentaire. Tout en rendant justice aux écoles libres pour ce qu'elles ont fait depuis dix-sept ans pour la profession, M. C. Martin regrette qu'il n'ait pas été créé d'enseignement dentaire d'Etat, cet enseignement ayant, dit-il — et c'est son principal argument — plus de prestige que l'enseignement libre.

Nous ne reviendrons pas sur cette question au point de vue du principe, elle a été si souvent traitée dans ce journal que l'on connaît nos idées à ce sujet ; nous nous placerons simplement au point de vue des faits. Les écoles dentaires libres se sont fondées alors qu'il n'existait aucun enseignement dentaire officiel et qu'il n'était nullement question d'en créer. Elles se sont développées et ont prospéré pendant les années qui ont précédé le vote de la loi, probablement parce qu'elles répondaient à un besoin professionnel. Pendant la période transitoire qui a suivi, elles ont été chargées de continuer leur fonction à titre officieux. Eût-il été souhaitable pour le bien de la profession que là s'arrêtât leur rôle et qu'elles cédassent la place à des écoles officielles organisées et dirigées par l'Etat ?

Contrairement à M. C. Martin, nous ne le croyons pas, au moins pour le moment. La façon dont l'Etat a compris son rôle en ce qui concerne l'organisation des examens pour l'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste, l'insuffisance — pour ne pas dire l'absence — de tout ce qui a trait à la technique dentaire (pour cela nous nous en tenons aux très justes critiques de M. Martin), nous donnent une idée de ce qu'aurait été l'enseignement dentaire dans une école d'Etat. Il est possible que, si une Ecole dentaire eût été créée à Lyon, ce qui nous paraît improbable, Nancy et Montpellier devant être, au point de vue universitaire, pourvus d'abord, il est possible, disons-nous, que, l'organisation en ayant été confiée à M. C. Martin, nous n'eussions pas eu à nous plaindre pour la profession de son fonctionnement ; mais il n'en aurait malheureusement pas été de même à Paris, M. C. Martin le sait aussi bien que nous. L'Etat ne se préoccupe du reste que de la partie médicale de l'enseignement, parce que seule, à son avis, elle engage sa responsabilité au point de vue de la santé publique ; il se désintéresse de la partie technique, qui ne peut intéresser que des écoles dentaires libres dirigées par des groupes de dentistes. C'est ce qui a été dit et répété sur tous les tons. M. C. Martin, emporté par ses regrets de l'échec de l'enseignement d'Etat, laisse échapper une expression contre laquelle nous sommes obligé de protester : il accuse les écoles dentaires d'avoir fait échouer les crédits « *par des manœuvres qu'il ne veut pas qualifier* ». Cette expression manque de précision et peut donner lieu à une interprétation tout à fait calomnieuse.

Les écoles dentaires libres ont dans leurs comités de patronage des hommes politiques influents. Ceux-ci, comme c'était leur devoir, se sont enquis de l'usage que l'administration voulait faire de l'argent demandé au Parlement, et, quand ils ont appris que les créations projetées étaient destinées à remplacer les écoles libres et d'initiative privée qu'ils avaient patronnées et encouragées depuis leur fondation, ils ont, sans distinction de parti, repoussé lesdits crédits. C'est cet acte régulier officiel, conforme à l'organisation actuelle des pouvoirs publics en France, que M. C. Martin appelle *manœuvres inqualifiables*. L'expression a dû dépasser sa pensée.

Mais pourquoi ces regrets, puisque les crédits demandés étaient insuffisants pour créer une Ecole dentaire à Lyon et, puisque cette ville possède tous les éléments d'une semblable création, pourquoi nos confrères lyonnais ne se mettent-ils pas eux-mêmes et sans plus attendre résolument à l'œuvre? Qu'ils créent avec le concours de leur nouvelle Société, comme nous l'avons fait à Paris, comme on vient de le faire à Bordeaux, cette Ecole dentaire lyonnaise qui viendra prendre sa place « à côté de l'Ecole lyonnaise si réputée dans les sciences médico-chirurgicales » et qui, par l'émulation qu'elle provoquera, contribuera mieux que toutes les plaintes au progrès et au développement des études odontologiques en France.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CAUSERIE STOMATOLOGIQUE.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ÉPULIS.

Par M. le Dr Edouard Friteau,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Autrefois le mot épulis servait à désigner toutes les productions de nouvelle formation, autres que les abcès, qui faisaient saillie sur la gencive.

De nos jours on réserve le nom d'épulis à certaines tumeurs qui, nées du bord alvéolaire, apparaissent plus tard sur les gencives.

Je n'ai pas l'intention de faire dans cette causerie une étude complète de ces tumeurs. Deux points m'intéressent plus particulièrement parce qu'ils sont de pratique courante : le diagnostic et le traitement.

Relativement à cette dernière question, j'espère démontrer que, d'après leur nature et leur évolution, les épulis nécessitent toujours une opération plus complète et plus large que celle dont beaucoup de praticiens se contentent encore aujourd'hui.

I. *Diagnostic.* — Je laisse de côté cette période pendant laquelle la tumeur est cachée dans le bord alvéolaire, alors qu'elle pro-

voque une sensation de tension dans la mâchoire et l'ébranlement, voire même la chute des dents correspondantes. A cette période-là les malades ne viennent pas nous consulter, et je ne veux pas oublier que je fais de la « chirurgie courante ».

Lorsqu'un malade présente sur la gencive une tuméfaction rouge, sessile ou pédiculée, avec un système dentaire complet ou incomplet, quels éléments de diagnostic aurons-nous pour conclure en faveur d'une épulis ? Quelle peut être la nature de cette tuméfaction ?

Deux questions sont d'abord à résoudre :

S'agit-il d'une production de nature inflammatoire ?

S'agit-il d'une tumeur ?

1° *Entre quelles productions inflammatoires peut-on hésiter ?*

A. Un *abcès dentaire* ? — Oui, si la tuméfaction, faisant corps avec la gencive, est fluctuante, est le siège de douleurs pulsatiles, ou si elle est escortée des symptômes de la carie dentaire et de la périostite qui donnent d'ordinaire naissance à l'abcès gingival. Le diagnostic sera d'autant plus facile que, rapidement, la muqueuse s'amincissant laisse voir par transparence la couleur jaunâtre du contenu de l'abcès et qu'elle se rompt vite pour laisser écouler du pus. L'hésitation n'est donc pas possible.

B. Une *gingivite hypertrophique* formée par hypergenèse des éléments fibreux de la muqueuse ? — Cette hypertrophie se manifeste par une tuméfaction circonscrite, rosée, lisse, rénitente, souvent pédiculée, constituant un véritable polype de la gencive. Le volume en est très réduit. L'histoire de l'affection ne permet pas l'erreur : ces hypertrophies sont de nature inflammatoire, elles sont la terminaison de toutes les autres gingivites.

2° *Quelles sont les différentes tumeurs qui peuvent saillir à la gencive ?*

A. Une *tumeur érectile*, un *angiome* ? — La gencive porte alors une tumeur molle, violacée, facilement saignante, augmentant de volume durant l'effort, compressible, quelquefois même réductible. D'autre part, l'angiome est congénital, ou, tout au moins si le malade n'a pas la tumeur depuis sa naissance, sa gencive a toujours présenté une tache de coloration plus ou moins foncée, souvent rouge lie-de-vin.

B. Un *épithéliome* ? — L'épithéliome des gencives survient chez des sujets âgés ; il se développe rapidement et prend vite l'aspect d'un chou-fleur aplati, fongueux, saignant, laissant suinter une sanie fétide, provoquant la chute des dents. D'autre part, sa tendance à l'envahissement, son engorgement ganglionnaire précoce suffisent pour établir le diagnostic.

C. Un *odontome odontoplastique* ou *embryoplastique* ? — Les odontomes ont la consistance osseuse, ils entravent l'éruption de plusieurs dents, ils envahissent tout le bord alvéolaire et ils tendent à faire saillie sur les deux faces de la gencive.

J'arrive ainsi, par élimination, à l'épulis. Je n'ai pas parlé des kystes dentifères, uniloculaires, hydatiques, etc , que l'on peut ren-

contrer sur les gencives, car l'épulis est une tumeur solide, qui ne peut être confondue qu'avec des tumeurs de consistance analogue, et je ne veux point passer en revue toute la pathologie gingivale [1].

Me voilà donc en face d'une épulis. Un individu jeune, de 15 à 25 ans, se présente à moi ; il porte sur la gencive une petite excroissance lisse, arrondie, rouge, pédiculée ou non, adhérente à l'os, de consistance dure, dont le volume varie d'un pois à une cerise, lui causant de la gêne plutôt que de la douleur. Quelle conduite vais-je tenir ? Trois méthodes de traitement se présentent à moi ; à laquelle faut-il donner la préférence ?

L'une de ces méthodes, la plus ancienne, est mauvaise : elle consiste à lier la base, pédiculée ou sessile, de l'épulis et à l'exciser en dehors de la ligature. Il n'y a ni hémorragie ni délabrement.

C'est une intervention élémentaire, à la portée de tous. Cette facilité d'exécution est, croyons-nous, le seul argument des praticiens assez nombreux qui s'obstinent encore à l'employer. L'anatomie pathologique et l'évolution clinique des épulis démontrent que cette intervention incomplète est dangereuse. Sans rappeler encore les nombreuses observations de récidive, nous appuyons la condamnation que nous venons de formuler sur le cas d'une jeune femme de 25 ans, opérée, il y a 6 mois, par la simple ligature. d'une épulis de la gencive supérieure droite : actuellement cette femme a une récidive sarcomateuse qui a envahi la moitié droite de la face et pour laquelle aucune intervention n'est plus à tenter.

La deuxième méthode, très employée aussi, consiste à détruire par des cautérisations, faites d'ordinaire à l'aide du thermo-cautère, toute la tumeur et sa base d'implantation gingivale ; certains praticiens vont même avec beaucoup d'à-propos enfoncer la pointe de leur thermo-cautère dans le tissu osseux alvéolaire. Ces derniers font mieux que ceux qui se contentent de mortifier le point d'implantation sur la muqueuse. Les premiers croient avoir tout détruit et cette illusion n'est pas sans danger : ils laissent intact le véritable pédicule de l'épulis et la récidive est possible ; je n'hésite donc pas à proscrire ce *modus faciendi*.

La troisième méthode est seule bonne, car, seule, elle repose sur les données scientifiques de la nature et de l'évolution de l'épulis.

Après avoir exposé en quoi consiste cette méthode, je vais énumérer les raisons qui obligent à une résection partielle du bord alvéolaire.

L'antisepsie de la cavité buccale a été faite, les caries dentaires ont été obturées, le tartre a été enlevé, la bouche a été irriguée par de grands lavages à l'eau chloralée à 1 p. 100 ou à l'eau phéniquée à 1 p. 100. Il n'est pas besoin d'anesthésie générale : deux à trois injections d'une solution de cocaïne à 1 0/0 suffisent pour empêcher toute douleur.

Il est bien entendu que le sacrifice d'une ou de deux dents importe

---

1. Tout ce qui a trait au traitement a été publié dans la *Gazette Médicale de Paris*, n° 5, 30 janvier 1897, page 51.

peu et que si, par exemple, l'on se trouve en présence d'une épulis émergeant d'un espace interdentaire, on commencera par extraire les deux dents limitant cet espace. D'ailleurs on se trouve souvent dans la pratique débarrassé de cette question, car le malade ayant éprouvé, dès le début de son affection, des douleurs dans la mâchoire, a commencé par se faire enlever une ou deux dents.

Cinq minutes après les injections de cocaïne on circonscrit au bistouri le point d'implantation de la tumeur sur la gencive ; la perte de substance gingivale sera d'autant plus étendue que la surface d'implantation sera plus large, c'est-à-dire que l'épulis sera pédiculée ou sessile. — L'incision sera profonde ; elle ira, d'emblée ou progressivement, jusqu'au périoste. La compression avec des tampons de ouate stérilisée suffit d'ordinaire à l'hémostase ; en cas d'insuccès, il faut employer le thermo-cautère au rouge sombre et ne jamais aborder l'os avant d'avoir assuré l'hémostase parfaite des parties molles.

On a ainsi sous les yeux le point d'émergence du pédicule intra-osseux de l'épulis. On résèque alors, soit à la pince coupante, soit à la gouge de Legouest, soit à la gouge et au maillet, toute la portion du bord alvéolaire qui contient le véritable pédicule. Le tissu osseux saigne ; mais la compression arrête l'hémorragie, à moins que l'on ne préfère appliquer sur la surface saignante un léger enduit d'un mastic formé de cire vierge et d'iodoforme à parties égales. Cette résection osseuse doit être large : on ne s'arrête qu'après avoir dépassé le point d'origine de l'épulis. On laisse la plaie béante.

Les jours suivants, le malade multiplie les soins antiseptiques buccaux, et, 10 à 15 jours après, la cicatrisation est parfaite.

Telle est, brièvement exposée, la méthode de choix. A ceux qui ne l'emploient pas, parce qu'elle provoque une large brèche alvéolaire, parce qu'elle prive le malade d'une ou de plusieurs dents, la clinique et l'anatomie pathologique se chargent de répondre.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que la forme habituelle de l'épulis est le sarcome : tantôt il s'agit d'un sarcome globo-cellulaire, tantôt il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire, tantôt c'est un sarcome à myéloplaxes. Quoi qu'il en soit de sa variété, il s'agit d'une tumeur maligne, et cette malignité constitutionnelle est celle qui doit guider le chirurgien, bien plutôt que l'apparence bénigne que donne aux épulis la lenteur de leur développement.

Souvent même on trouve dans ces tumeurs des cellules épithéliales que Malassez et Albarran reconnaissent pour des débris épithéliaux paradentaires : la présence de ces cellules épithéliales semble singulièrement assombrir le pronostic, surtout si l'on se rappelle l'observation de Heath concernant un cas de récidive épithéliomateuse.

Dans quelques cas, il est vrai, la tumeur paraît être de nature fibroïde. Mais, comme l'examen complet de la tumeur ne peut être fait avant de tenter l'opération, comme un examen partiel ne garantit pas qu'en une partie quelconque la tumeur ne contient

pas quelque élément malin, de nature sarcomateuse ou épithéliale, il nous semble qu'il vaut mieux faire trop que de ne pas faire assez. Il est préférable de faire cette extirpation large que l'on conseille vis-à-vis de toute tumeur maligne, puisque les anatomo-pathologistes nous répètent que la forme ordinaire de l'épulis est le sarcome.

De par son origine, l'épulis exige une résection partielle du bord alvéolaire. Il n'entre pas dans le cadre de cet article de passer en revue les diverses opinions émises sur l'implantation réelle des épulis ; je retiens seulement cette phrase que j'ai lue dans tous les traités classiques : « Le point de départ n'est pas la gencive, mais bien le bord alvéolaire des mâchoires. »

Peu nous importe en pratique journalière que l'épulis naisse de la cloison commune à deux alvéoles voisines, comme l'indiquent Dolbeau et Nélaton, ou du périoste alvéolo-dentaire, comme le veulent Virchow et Magitot, ou de la moelle osseuse elle-même, comme le disent Cornil et Ranvier. La conclusion est la même : une tumeur, le plus souvent sarcomateuse, est implantée dans le bord alvéolaire ; un traitement radical exige la résection de ce bord.

Enfin l'évolution même de l'épulis justifie pleinement l'opération que nous préconisons. En effet, si la lenteur de l'accroissement, si l'absence d'engorgement ganglionnaire et de troubles de la santé générale paraissent indiquer que l'épulis se comporte comme une tumeur bénigne, on se rappellera que de nombreuses observations de récidive sarcomateuse ou épithéliomateuse ont été publiées. Tous les auteurs sont d'accord pour déclarer que ces récidives sont plutôt des continuations d'une affection incomplètement détruite, tous concluant à la nécessité d'une opération dépassant largement les limites du néoplasme.

Le mode de traitement que nous venons de choisir nous paraît répondre à toutes les indications : la résection du bord alvéolaire est donc le seul traitement logique ; la simple extirpation de la portion gingivale de la tumeur est condamnable.

OBSERVATION D'EXTRACTION LABORIEUSE.

Par M. Ronnet,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. — Séance du 12 janvier 1897.

Mme F., âgée de 35 ans, est une habituée de l'Ecole dentaire; en 1884 elle s'y est fait obturer une petite molaire.

En avril dernier elle se rendit de nouveau à la clinique afin d'y subir quelques obturations. On lui fit remarquer qu'elle avait tort de garder des racines de dents découronnées (deux grosses molaires inférieures et dent de sagesse voisine côté droit). Afin de l'encourager à subir l'extraction, l'étudiant qui soignait la malade

me la fit présenter : je conclus à l'extraction immédiate desdites racines, déclarant à la malade qu'elle s'exposait à des accidents beaucoup plus graves en ne s'y soumettant pas. Cette dame, très pusillanime, garda ses dents malgré toutes les recommandations.

En mai, c'est-à-dire un mois plus tard, après une petite poussée, suivie de fluxion, elle constata dans le sillon gingival un écoulement purulent qui l'inquiéta ; mais ne souffrant pas beaucoup et ayant toujours grand'peur de l'extraction, elle resta en cet état.

Depuis ce temps jusqu'au 18 octobre, la suppuration était constante. A cette date, lassée de son état, elle résolut de venir me trouver pour faire extraire ses racines. Je la trouvai déprimée par l'absorption du pus, d'un aspect cachectique et d'une faiblesse extrême, mais cependant décidée à en finir.

La bouche est très peu ouverte, la joue est grosse et dure, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés ; à l'intérieur nous constatons la présence des deux racines, presque enfouies totalement dans la gencive qui les recouvre, laissant seulement paraître un fragment à la face linguale ; la partie génienne présente les phénomènes suivants : le buccinateur semble faire suite à la gencive en formant un pont très dense surplombant les racines qui sont invisibles; à la partie médiane de ce pont un abcès se fait jour et du pus, en quantité considérable, vient sourdre dans la bouche de la malade.

Devant de pareils phénomènes l'extraction s'imposait ; notre malade s'y soumit le 21 octobre. La difficulté de l'opération consistait surtout dans la présence du pont de tissu dense à la partie génienne, ce qui rendait impossible l'extraction à l'aide d'un levier. D'autre part on ne pouvait recourir au davier, avec une constriction des mâchoires presque complète.

Depuis longtemps je me sers en pareil cas d'un pied de biche que j'ai l'honneur de vous présenter et qui m'a rendu en diverses circonstances d'éminents services. Ce pied de biche, de forme spéciale et d'une longueur peu usitée, me permet de prendre mon point d'appui en me plaçant devant mon malade (par le côté), et, en traversant la bouche, la langue du malade se trouve soit au-dessus, soit au-dessous de la tige. Cet instrument, qui fait l'objet de mon observation, n'est peut-être pas à l'usage des commençants, mais avec du soin et un peu d'habitude il peut rendre, comme dans ce cas, de signalés services.

Les opérations réussirent à merveille et nous fîmes faire à notre malade des injections antiseptiques fréquentes le soir et les jours suivants.

Le 29 octobre,la malade est dans l'état suivant : la joue est normale; la partie rejoignant la joue à la gencive est disparue; la gencive est de couleur normale; la trace des deux opérations subsiste et forme deux trous contigus ; à la pression sur la gencive il s'écoule du pus de la région. Nous ordonnons de fréquentes irrigations avec du chlorure de zinc à 1 0/0.

Le 2 novembre, notre malade nous rend une dernière visite. La guérison est complète.

OBSERVATION SUR LA DISPARITION D'UNE DENT TEMPORAIRE DANS LE MAXILLAIRE SUPÉRIEUR, PAR SUITE DE TRAUMATISME.

Par M. LEMERLE,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. — Séance du 2 février 1897.

Le 30 juillet 1895, une fillette, Mlle G..., âgée de 5 ans et 4 mois, me fut présentée par sa mère.

L'enfant avait un œdème considérable de toute la région gauche de la face. L'œil et la narine de ce côté en étaient absolument déformés.

La mère m'expliqua ce qui suit : la veille, l'enfant était tombée, en jouant, sur le bord d'un seau en métal ; les dents supérieures seules supportèrent le choc qui eut lieu de bas en haut, et non latéralement, car la lèvre ne présentait aucune plaie.

Ce traumatisme violent fit disparaître deux dents : l'incisive centrale et l'incisive latérale gauche.

Après des recherches minutieuses, une seule dent fut retrouvée sur le lieu de l'accident ; elle me fut présentée et je reconnus l'incisive latérale.

En examinant la bouche, je constatai l'ouverture béante des deux alvéoles. Il fut difficile, étant donné l'irritabilité de l'enfant, de faire un examen approfondi, à cette première visite.

Cependant, en enfonçant un stylet dans l'alvéole de la grande incisive, je perçus la présence d'un corps dur, poli, donnant au toucher la sensation de l'émail. Je pensai qu'il s'agissait là du bord de l'incisive permanente.

Traitement. — Aucune opération ne s'imposait. Je fis quelques injections intra-alvéolaires avec un liquide antiseptique, en recommandant à la mère de faire de fréquents lavages émollients et antiseptiques.

Pensant que, deux ou trois jours après, l'œdème aurait notablement diminué ou même complètement disparu, je priai la mère de me ramener l'enfant, afin de pouvoir me livrer à un examen plus approfondi.

La petite malade ne me fut conduite que cinq mois plus tard, c'est-à-dire le 25 novembre 1895.

La mère m'expliqua qu'à la suite de sa première visite toute trace d'inflammation et de douleur ayant disparu, elle n'avait pas cru devoir ramener sa fille, malgré la persistance d'une légère tuméfaction située dans le cul-de-sac gingivo-labial, sous la base du nez.

Cette grosseur ayant augmenté et présentant des symptômes douloureux, elle revint alors réclamer mes soins.

A l'examen, je constatai la présence d'une petite tumeur molle, légèrement plus rouge que le tissu voisin, ayant la grosseur d'une noisette environ, peu douloureuse à la pression et présentant nettement des symptômes de fluctuation.

A la partie inférieure de la tumeur apparaissait un tiers environ du bord libre de l'incisive permanente, dont j'avais cru constater la présence au fond de l'alvéole quelques mois auparavant.

Quant à la petite tumeur, je crus qu'il s'agissait d'un abcès alvéolo-dentaire, causé par un petit séquestre datant du traumatisme primitif.

Je fis une large incision, qui laissa échapper un liquide transparent, citrin clair, de consistance sirupeuse, que l'on rencontre souvent dans certains kystes. Après les injections habituelles, je priai la mère de ramener, sans faute, l'enfant, dans deux jours.

A cette troisième visite, j'eus la conviction d'une erreur profonde dans mon premier diagnostic. En effet, l'ouverture du petit abcès permettant au tissu qui enchâssait la dent de se rétracter, je pus examiner avec soin la couronne qui se présentait.

Je constatai divers points qui attirèrent mon attention :

1° La largeur du bord libre inférieure à la largeur normale d'une dent permanente ;

2° La teinte légèrement ardoisée, au lieu du blanc éclatant des dents nouvellement évoluées ;

3° L'absence, sur le bord tranchant de la dent, du feston en fleurs de lys que nous connaissons tous sur les dents qui font éruption.

L'erreur n'était plus possible : je me trouvais en présence de la rééruption de la dent temporaire, si je puis toutefois m'exprimer ainsi.

Que s'était-il donc passé lors du traumatisme? Le choc devait avoir eu lieu perpendiculairement à l'axe de l'incisive centrale et un peu obliquement sur l'incisive latérale.

Cette dernière avait été chassée en dehors de son alvéole, tandis que l'incisive centrale s'était enfoncée obliquement. Elle avait probablement glissé de bas en haut et d'arrière en dehors, défonçant le bord alvéolaire et suivant la face labiale de l'incisive permanente qui avait dû lui faire plan incliné ; elle était venue se loger obliquement sous la base du nez, où elle avait été enkystée et supportée par les tissus pendant cinq mois.

Comme traitement il ne me restait qu'à faire l'extraction, qui, du reste, fut des plus simples.

A l'examen de la dent on constate que la racine a subi un commencement de résorption, provoqué probablement par la présence du liquide contenu dans la petite poche kystique renfermant la dent.

Depuis une année aucun nouveau désordre ne s'est produit.

J'ai enfin, ces jours-ci, revu ma petite malade et j'ai pu cons-

tater l'éruption à peu près complète de la grande incisive gauche, c'est-à-dire de celle correspondant à la dent temporaire qui reçut le traumatisme, tandis que l'incisive droite, qui avait échappé au choc, montrait à peine son bord festonné.

Comme nous le voyons, le traumatisme et la chute prématurée de la dent temporaire eurent pour conséquence de faire évoluer la dent permanente beaucoup plus rapidement.

Son évolution est au moins en avance de six mois sur celle de sa voisine, l'incisive droite.

L'AURIFICATION FAITE DANS LA SALIVE

Par M. R. Heïdé,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 2 février 1897.

Les dents que je vais avoir l'honneur de faire passer sous vos yeux ont été aurifiées par le Dr Herbst avec l'or sub-marine.

L'or sub-marine (sub-marine gold) est un or spécial au 60e, très épais par conséquent, et, quoique cela, très mou et très malléable. Il est coupé en petits blocs carrés ou *pellets*.

Avec cet or on peut obturer non seulement les cavités centrales, mais les cavités proximales également, à condition toutefois que les bords soient solides. Par contre, les reconstitutions ne sont pas très praticables.

Quant aux instruments, ils ne sont pas compliqués.

Une première rugine, solide, mousse à son extrémité ; une autre rugine plus forte, avec le bout simplement passé au papier de verre ; quelques fouloirs à or mou : voilà tout ce qui compose cet arsenal.

Modus faciendi. — On introduit de grosses masses d'or sub-marine dans la cavité, on les foule fortement, puis, avec la rugine mousse qu'on enfonce, on fait de petits trous qu'on comble aussitôt, et ainsi de suite, jusqu'à ce que la cavité soit remplie.

Il y a fort longtemps qu'on connaît le moyen de se préserver de l'humidité que donne la salive dans l'obturation des cavités. Avant la découverte de ce que nous nommons vulgairement la digue, qui isole les dents au moyen d'une bande de caoutchouc, il arrivait fréquemment qu'on était surpris par la salive ; mais de ce fait il ne résultait pas que l'obturation fût inachevable et qu'on eût un insuccès absolu. Cependant il ne faut pas comparer le cas où l'on est surpris par la salive au mode d'emploi de l'or sub-marine ; le Dr Herbst recommande, en effet, d'humecter cet or dans l'eau pour en faciliter l'introduction dans la cavité, et de le fouler, dans le but de rendre l'obturation plus dense.

Je ferai ici une remarque personnelle : c'est que ce manuel opératoire ressemble fort à la façon dont on tasse l'or mou à l'aide du fouloir pointu comme ici.

L'excédent d'or et la surface sont vigoureusement condensés à l'aide du brunissoir monté sur le tour à fraiser, puis meulés.

Le Dr Herbst dit qu'il est très facile de refaire ou d'ajouter aux anciennes aurifications devenues défectueuses des morceaux d'or sub-marine.

Ce qui est intéressant ici, ce n'est pas la méthode, qui, après tout, est la même dans toutes les aurifications sans principes, cela dit en ren-

dant hommage au Dr Herbst de sa valeur comme praticien; mais c'est la propriété de cet or, qui est excellent par sa malléabilité, sa facilité de manipulation, ainsi que le peu d'accessoires que celle-ci nécessite.

APPAREILS ET INSTRUMENTS DE M. LE Dr TELSCHOW [1].

(*Suite et fin.*)

6° EMPLOI DE L'ALUMINIUM EN PROTHÈSE DENTAIRE.

Il y a dix ans environ qu'on fit les premiers essais de dentiers en aluminium ; mais ces essais ne furent pas encourageants, car le métal se décomposait dans la bouche. Quoique cette décomposition n'eût pas d'effet nuisible sur la santé générale, ce métal n'en donna pas moins des résultats peu favorables, à cause de sa mollesse. Comme causes de cette décomposition on invoqua d'abord l'impureté de l'aluminium, puis son emploi à l'état fondu et soudé. Dans les deux cas, comme l'aluminium venait en contact avec les pivots de platine des dents artificielles et que la soudure était fait e avec un autre métal, il se produisait sous l'influence de la saliv e un courant électrique, accompagné d'une saveur métallique désagréable qui provoquait cette décomposition. L'aluminium est, en effet, un corps extraordinairement électrolytique, qui a la propriété, quand il est en contact avec d'autres métaux, de produire un courant électrique. Comme on peut, avec l'électricité, obtenir l'aluminium chimiquement pur, pour le rendre utilisable en prothèse dentaire, il fallait lui donner la dureté de l'or et opérer la fixation des dents artificielles à la plaque avec une matière neutre. Après des essais répétés j'ai réussi, grâce à ma presse hydraulique, non seulement à résoudre le premier problème d'une façon parfaite, mais encore à presser la plaque d'aluminium de telle manière qu'elle reproduit, à l'instar d'une plaque de caoutchouc, les contours les plus fins du palais, ce qui donne une adhérence parfaite avec ce dernier. Je crois pouvoir assurer que personne n'a pu, avant moi, obtenir un pareil résultat avec une épaisseur égale de la plaque de métal, parce que je confectionnais la pièce sur le modèle provenant directement de la bouche, c'est-à-dire sans l'aide des pièces fondues qui coulent difficilement, au moyen d'une membrane de caoutchouc sous une pression hydraulique arrivant graduellement jusqu'à 800 atmosphères. Ma presse ne donne pas seulement les résultats les plus exacts qu'on puisse imaginer, elle facilite encore notablement la confection des plaques palatales en ce que le procédé de fonte du modèle (du poinçon) avec du métal Spence (mélange de soufre et de fer, que j'ai imaginé dans ce but) est très simple et qu'il n'est pas besoin de matrice pour presser.

1. V. *Odontologie*, janvier et février 1897.

La deuxième question qu'il fallait résoudre, c'était la fixation durable des dents artificielles à la plaque, fixation de laquelle dépend l'utilisation des dents, car la matière doit être une substance insensible aux influences électriques. Le caoutchouc me parut convenir ; toutefois il me fallait encore un moyen d'union qui, indépendamment de la fixation mécanique, rendît impossible la séparation de celui-ci d'avec la plaque. Je suis parvenu également à le trouver après divers essais. Au point de vue pratique, j'ai maintenant avec ces auxiliaires un dentier d'aluminium très solide et très utilisable, qui satisfait à tous les besoins et qui, auprès des dentiers d'or et de platine si coûteux, n'offre pas seulement l'avantage d'une succion plus exacte, mais aussi celui de la légèreté, celui de la facilité de port qui y est liée et enfin celui du bon marché.

Les dentiers de caoutchouc ont, au point de vue esthétique, l'inconvénient — qu'on peut reprocher d'ailleurs aussi aux plaques de métal — de trahir la présence d'une pièce de prothèse à cause de leur couleur peu naturelle. J'ai remédié à ce défaut en recouvrant la face linguale de la plaque d'aluminium, au moyen de mon procédé d'union solide et durable, de caoutchouc mince comme du papier, de la couleur de la gencive, matière que nous ne pouvions pas employer précédemment pour des plaques palatales à cause de sa fragilité. Si l'on oppose maintenant la fragilité des dentiers de caoutchouc aux dentiers d'aluminium mis à l'épreuve pour la durée et que l'on fasse entrer en ligne de compte la propreté bien connue des dentiers de métal, on arrive nécessairement à la conclusion qu'avec mon râtelier d'aluminium on a atteint la perfection la plus grande en matière de prothèse dentaire.

Pour donner au caoutchouc une dureté uniforme, j'ai imaginé antérieurement un appareil qui règle exactement la pression de la vapeur correspondant à un degré de chaleur déterminé, en même temps qu'il mesure le durcissement du caoutchouc pendant un temps déterminé. En surchauffant ce dernier non seulement on le rend cassant, mais on lui enlève sa belle couleur de gencive. L'appareil est en communication avec la chaudière à vapeur ordinaire et est réglé automatiquement par la vapeur. L'opérateur n'a qu'à allumer la flamme de gaz placée sous la chaudière et mettre l'horloge à une heure déterminée ; l'appareil fait tout le reste lui-même et tout danger d'explosion est écarté.

Les adversaires des plaques palatales ont exhumé dernièrement une très ancienne méthode : la fixation des dents artificielles aux racines ou bien aux dents naturelles existantes, et ils appellent cela travail à pont. Cette méthode s'emploie rarement, principalement pour placer des couronnes sur les racines. On a surfait sa valeur, car le recouvrage d'une dent saine par du métal enlève à celle-ci ses conditions de vie, l'air et la lumière, et la trouble dans ses mutations intra-organiques. Cette méthode doit, de plus, être rejetée au point de vue aseptique, parce que ces pièces de prothèse ne font pas bel effet. En Angleterre et en Amérique on trouve très

joli de circuler avec beaucoup d'or dans la bouche. Le public allemand a toutefois une autre manière de voir, puisqu'il préfère souvent des obturations au ciment, à cause de leur meilleur aspect, à des aurifications. Mais le plus grand inconvénient inhérent à cette méthode se fait sentir quand une dent du pont se brise ou quand une racine à laquelle la pièce est fixée s'enflamme. L'enlèvement de la pièce à pont est alors entouré de grandes douleurs et de grosses difficultés, car, comme on sait, la fixation et le coiffage des dents naturelles ou des racines sont faits avec une obturation au ciment. En outre, quelque petit qu'on fasse le pont, il s'y accumulera toujours des détritus d'aliments et il s'en dégagera une mauvaise odeur ; tout cela suffit pour faire rejeter cette méthode.

7° LE PROTOXYDE D'AZOTE EN CHIRURGIE DENTAIRE.

La préparation de la bouche est en rapport étroit avec la confection de dents artificielles.

Souvent cette préparation est un obstacle qui empêche bien des gens de profiter des bienfaits d'un dentier artificiel, car il est souvent nécessaire d'enlever, avant la confection de la pièce, de mauvaises racines, si l'on veut procéder scrupuleusement. Pour agir sans causer de douleur, on emploie divers anesthésiques. On doit donc exiger d'un dentiste consciencieux qu'il emploie celui qui est reconnu comme le moins dangereux, puisque justement pour les opérations à faire dans la bouche le danger est plus grand que pour celles qui portent sur les autres parties du corps en raison de ce que le sang peut pénétrer aisément dans les voies respiratoires. Les expériences et la statistique l'ont démontré. D'après mon expérience personnelle, l'agent le plus inoffensif d'anesthésie dentaire est le protoxyde d'azote. Il a été écarté de la pratique dentaire par divers anesthésiques nouveaux, mais pour peu de temps seulement.

Le protoxyde d'azote est, comme on sait, le plus ancien anesthésique ; on l'employait d'abord en guise de chloroforme et d'éther et il fut, par la suite, remplacé par ceux-ci à cause de leur facilité d'emploi. Mais on reconnut bientôt le danger de ces agents et l'on revint en dentisterie au gaz hilarant, parce qu'il convient surtout aux petites opérations. Dans ces derniers temps la place lui fut contestée derechef par deux nouveaux agents anesthésiques, le bromure d'éthyle et le pental. En tant que partisan fidèle du protoxyde, par suite d'une conviction de plusieurs années, je m'inscris contre cette compétition ; de même, je suis un adversaire du mélange de l'oxygène au protoxyde.

Il s'est trouvé des voix dans le monde dentaire pour me soutenir dans cette opinion et dans ma campagne en faveur du protoxyde. C'est ainsi que le professeur Busch, directeur de l'Institut dentaire de Berlin, qui n'emploie que le protoxyde, écrit ce qui suit dans un article récent : « L'anesthésie au protoxyde d'azote ne comporte pour ainsi dire aucun danger sérieux. Sur 15.000 narco-

ses environ auxquelles j'ai procédé en dix ans, non seulement je n'ai eu aucun cas de mort, mais aucun cas de danger sérieux. L'explication de ce fait que la narcose au gaz hilarant dure si peu et laisse si peu d'effets ultérieurs, réside incontestablement dans ce que le gaz n'est qu'absorbé mécaniquement par le sang qui circule dans les vaisseaux capillaires des poumons et ne s'associe pas chimiquement à celui-ci. C'est pour cela qu'il se sépare si aisément du sang et quitte le corps quelques minutes après, en le laissant complètement dans son état normal. Tous les autres anesthésiques, chloroforme, éther, bromure d'éthyle, etc., se combinent chimiquement avec l'hémoglobine des globules rouges et cette combinaison ne disparaît pas si facilement. Aussi leur action est-elle plus profonde et plus durable, mais c'est pourquoi leurs effets post-anesthésiques sont si désagréables et si persistants. Il se passe des heures et même des jours avant que le dernier reste de ces anesthésiques ait quitté le corps et, tant qu'il en est ainsi, ces effets continuent. »

Ce fait a été récemment confirmé par le Dr Bönnecken, professeur libre à Bonn, qui a signalé les dangers du bromure d'éthyle en chirurgie dentaire. Dans un cas de sa pratique, les effets post-anesthésiques durèrent plusieurs jours et inspirèrent la plus grande inquiétude pour la vie du patient. Dans une lettre qu'il m'écrit, ce praticien me dit : « C'est un poison pour le cœur, comme le chloroforme, malgré toutes les expériences faites sur les animaux. »

Si l'emploi du protoxyde d'azote ne donne pas toujours le résultat désiré, cela provient de l'opérateur lui-même ou de l'imperfection de l'appareil. Tantôt le praticien n'a pas l'habileté voulue pour mettre à profit la brièveté de la narcose, tantôt, chez ceux qui ont rarement l'occasion d'anesthésier, le gaz vieillit et perd, par suite, son pouvoir ; d'autres emploient par économie de petits gazomètres, desquels le gaz ne sort pas dans l'atmosphère quand il a passé dans les poumons, mais retourne dans le récipient, de sorte que l'agent anesthésique, qui ne reçoit aucun nouvel afflux de protoxyde, perd de son effet à chaque aspiration. En outre, l'accumulation de l'acide carbonique amène pour le patient un état très grave, analogue à l'asphyxie.

Le protoxyde d'azote ne doit être administré qu'avec un grand gazomètre, pourvu d'une cloche aisément mobile et à contrepoids, plein d'une quantité suffisante pour chaque cas, et le gaz expiré doit être conduit dans l'atmosphère par des soupapes. Quoique la consommation de gaz soit beaucoup plus grande ainsi qu'avec le système de la réaspiration mentionné ci-dessus, la respiration n'éprouve aucune difficulté et on arrive très rapidement, en évitant l'accès de l'air à chaque aspiration, à une narcose profonde.

J'ai construit un gazomètre qui satisfait aux conditions ci-dessus et répond à toutes les exigences; la description en a été donnée dans *l'Odontologie* de juillet 1896, p. 419. (V. *fig.* 25 ci-contre).

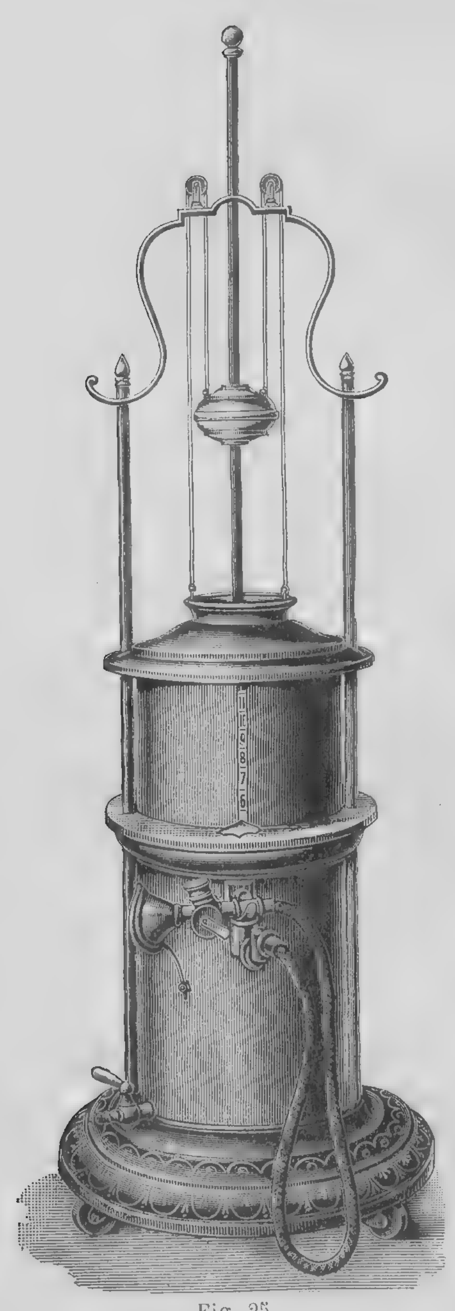


Fig. 25.

Gazomètre pour l'inhalation du protoxyde d'azote.

8° NOUVEAU PROCÉDÉ POUR PRESSER LES PLAQUES MÉTALLIQUES SUR LE MÉTAL DE SPENCE AVEC UNE MATRICE MOLLE.

J'ai publié sous ce titre, en 1884, dans le *Correspondez-Blatt für Zahnärzte* un procédé très pratique pour presser les plaques de métal sur le métal de Spence avec une matrice molle. Depuis j'ai perfectionné la presse destinée à cet usage, ainsi que le procédé lui-même, en ajoutant à celle-ci une double vis. Dans le corps de la grosse vis, pourvu d'un filet qui monte beaucoup, passe le filet d'une autre vis, laquelle permet d'obtenir une forte pression. Les grands avantages qui en découlent frapperont tous les praticiens. D'une part la grosse vis avec le gros filet et le bras de levier court facilite notablement le pressage de la plaque, en ne nécessitant qu'une faible pression, en même temps qu'elle réduit la durée de la pression ; mais elle assure aussi par son long canal conducteur une plus grande sûreté à la vis mince avec le filet peu profond contre un excès de vissage. Les résultats qui ont été obtenus avec cette presse et le procédé perfectionné décrit ci-après sont étonnants.

Pour presser des plaques de métal avec le nouveau procédé il faut la nouvelle presse décrite ci-dessus, une cuvette construite *ad hoc* et trois moules différents en fonte ayant la forme de la mâchoire.

Le procédé est le suivant : l'empreinte de la bouche prise avec une substance quelconque est, lorsque les bords du palais ont été portés aussi loin que la plaque le permet, enchâssée dans une pièce avec de la terre glaise, de telle manière que les bords de l'empreinte ne dépassent pas notablement ceux de cette pièce. La glaise forme ainsi depuis les bords de la mâchoire jusqu'à ceux du moule une surface unie, qui doit être huilée ainsi que l'empreinte. Puis la cuvette, bien chauffée auparavant, est placée avec ses pivots sur la pièce de façon à en couvrir les bords complètement. Alors le métal de Spence fondu et bien refroidi est coulé dans le trou conique qui se trouve dans le fond de la cuvette, jusqu'à ce que celle-ci soit bien pleine. Les petits trous disposés au fond permettent à l'air de s'échapper et doivent être ouverts avant chaque usage.

Quand le métal de Spence est durci, on sépare les deux parties et on a alors le modèle immédiatement enchâssé comme poinçon dans la cuvette. Puis on enlève les restes adhérents de la matière de l'empreinte, on coupe les dents existantes presque jusqu'à la surface du palais et on écarte, s'il le faut, les bords pendants pour empêcher l'adhérence du poinçon à la matrice. On prend alors une plaque de cire chauffée, de 3 mm. d'épaisseur, on la place sur le modèle obtenu et on la coupe de façon à ce qu'elle dépasse d'environ 1 mm. le bord de celui-ci. Ensuite on huile les portions de Spence libres dans le poinçon, on met une autre cuvette sur la première et on coule de cette façon, comme pour celle-ci, du

métal Spence dans le trou de celle-là. Quand on a séparé les deux parties, on enlève la plaque de métal et l'on peut commencer le pressage de la plaque de métal

Pour faciliter cette dernière opération on l'effectue avec un marteau d'étain sur un moule correspondant à la profondeur du palais du modèle, en faisant rougir, et l'on donne à la plaque à peu près la forme de la mâchoire.

Avant de commencer à presser sur le modèle, on recouvre, pour protéger les contours de celui-ci, le poinçon d'une feuille de zinc de 1 mm. d'épaisseur, en plaçant une plaque de caoutchouc de 5 mm. d'épaisseur environ, conforme à l'espace creux de la matrice, entre la matrice et le poinçon et l'on presse ainsi la feuille de zinc, puis la plaque de métal, rougie auparavant, en employant le petit levier.

Ce pressage se fait avec précaution, suivant la profondeur de la mâchoire, après chaque rougissement à diverses reprises, jusqu'à ce que la cuvette soit fermée. L'espace creux résultant dans la matrice de l'enlèvement de la plaque de cire permet à la plaque de métal de s'écarter, de sorte que les contours et les bords descendants du poinçon ne peuvent être endommagés. On passe alors, quand la plaque a encore été rougie, au pressage avec une matrice de plomb en se servant du gros levier et, à cet effet, l'espace creux de la matrice est rempli d'une plaque de plomb de la même grosseur que la plaque de cire, mais un peu plus forte. Dans ce pressage il est bon d'huiler un peu la matrice et la plaque à presser et de presser en renouvelant les plaques de plomb minces jusqu'à ce que tous les contours de la mâchoire de la plaque aient reçu l'empreinte.

Pour finir on enlève la feuille d'étain pressée du modèle, si l'on veut conserver sur le palais un espace creux pour la succion, et l'on presse pour la dernière fois.

Il est clair qu'avec cette méthode on obtiendra de bons résultats, car le modèle de Spence cassable ne peut être endommagé à cause de la matrice molle. J'ajoute que le métal de Spence, quand il est fondu, ne doit pas être coulé avant que les cristaux se déposent sur les bords et au fond du creuset.

La presse est, en raison de la forte pression qui est exercée par le filet peu montant et le grand bras de levier, en fer forgé ; de même, le pressoir et la cuvette sont en bronze pour la même raison.

La nouvelle presse peut aussi servir de presse à caoutchouc avec le petit levier.

9° CISEAU A AIR ET MAILLET A OBTURER MUS PAR LA PÉDALE.

Cet appareil sert à plusieurs usages techniques : aux sculpteurs pour tailler le marbre, aux ciseleurs pour finir les pièces fondues et à maints autres usages ; il donne de 1000 à 1200 coups de ciseau

par minute et c'est toujours le même air, qui sert à transmettre la force, qui est employé.

Pour les dentistes il est susceptible, avec une légère modification, de 5 emplois différents : 1° il sert à fraiser; 2° il actionne un maillet à obturer ; 3° il absorbe la salive de la bouche ; 4° il insuffle de l'air chaud ; 5° il produit artificiellement le froid sur la gencive au moyen de la pulvérisation d'un liquide et permet ainsi d'extraire sans douleur les dents branlantes et les racines.

9° L'AIR COMPRIMÉ AU LIEU DE L'ÉLECTRICITÉ EN TECHNIQUE DENTAIRE.

Mon système d'air comprimé comporte des appareils qu'on peut placer dans une cuisine sans avoir besoin de beaucoup d'espace et me donne une force constante au moyen d'un appareil simple (*fig.* 26) qui s'emploie déjà depuis seize ans dans la plupart des brasseries pour donner de la pression à la bière. L'air est comprimé par cet appareil dans un petit réservoir *m*. On peut se servir aussi comme force comprimante d'une conduite d'eau qui donne de l'air jusqu'à ce que la pression de l'air du réservoir égale celle de la conduite.

Le producteur d'air entre en fonctionnement aussitôt que de l'air est enlevé au réservoir. Il n'y a donc pas besoin de surveiller l'appareil et il n'y a aucun arrêt dans la marche, parce que les appareils sont construits très simplement. Un tube de cuivre mince amène l'air comprimé de la cuisine dans le cabinet d'opération et, comme il y a un réducteur de la pression d'air sur le réservoir, on dispose constamment d'une pression de 1/2 atmosphère. Il suffit d'une pression de 1/10 d'atmosphère avec un cylindre de 5 centim. de diamètre. (J'ai choisi un cylindre de plus grand diamètre pour opérer avec moins de tension, ce qui a pour conséquence une perte d'air moindre avec un piston allant moins vite.) Je puis aisément mettre la machine en marche, la faire mouvoir vite ou l'arrêter brusquement au moyen d'un levier portant une pédale *z* (*fig.* 27) ; en même temps je puis changer brusquement la rotation du volant par un simple renversement *x*, c'est-à-dire faire aller la machine en avant ou en arrière. Ces deux dispositions ont un grand avantage.

J'ai aussi adapté à cette nouvelle machine à fraiser mon maillet pneumatique perfectionné qui peut être mis en mouvement à tout instant sans déranger l'appareil à fraiser. Le perfectionnement de mon maillet consiste dans un coup plus rapide et plus égal de l'axe qui, à présent, avec une allure passablement modérée de la machine, donne 1000 coups par minute sur le fouloir d'or. Il égale ainsi dans son action le maillet électrique qui est considéré comme le meilleur fouloir.

Les modifications de ma pompe à air *b* et du maillet *c* qui donnent ce résultat avantageux sont les suivantes : la pompe est à double action, grâce à une légère modification, et est mise en com-

munication par un deuxième tuyau avec le maillet qui a également subi une modification en ce sens que l'air agit devant ou derrière l'axe. Tandis que précédemment le coin était soulevé par

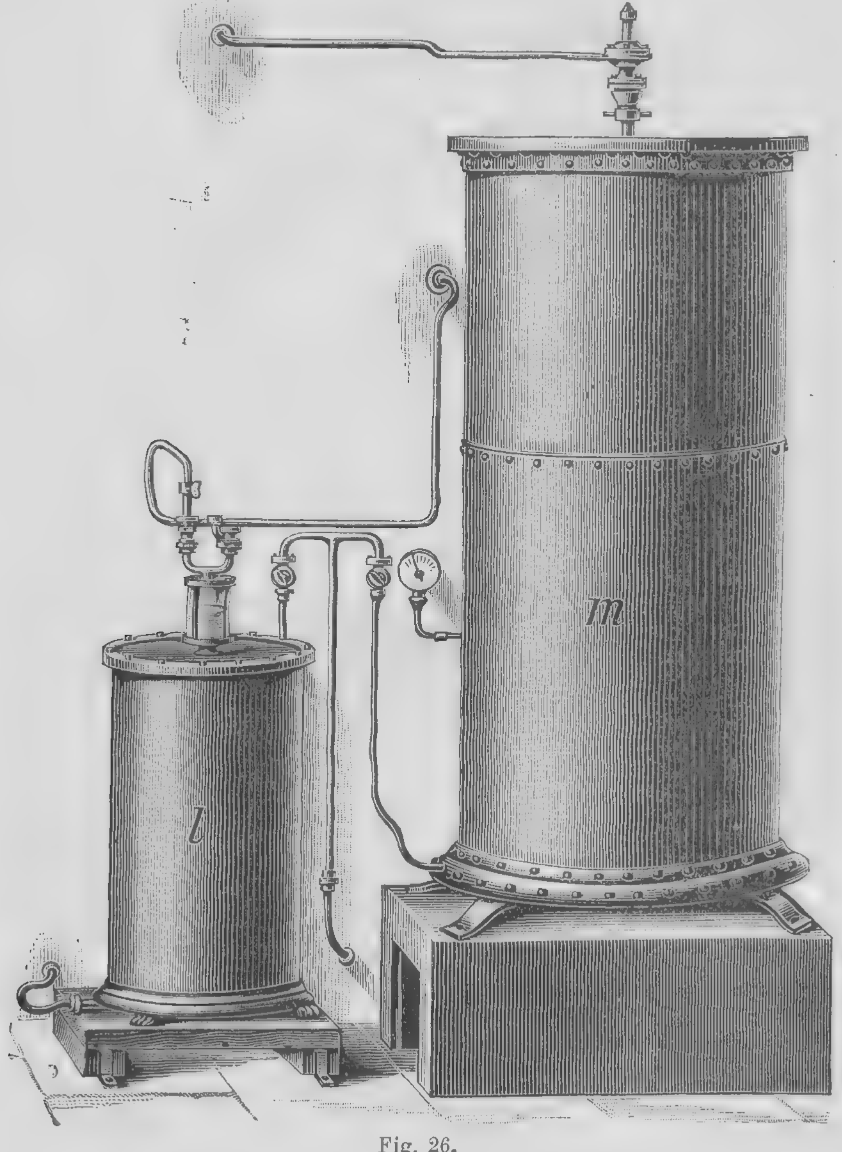


Fig. 26.

la force d'aspiration de la pompe, il se meut à présent en outre par la pression de l'air, ce qui assure un effet plus exact et plus supportable pour le patient. La modification apportée à mon maillet n'entraîne que peu de frais.

La machine à fraiser et le maillet ne laissent rien à désirer comme simplicité de construction. Ils exigent seulement de

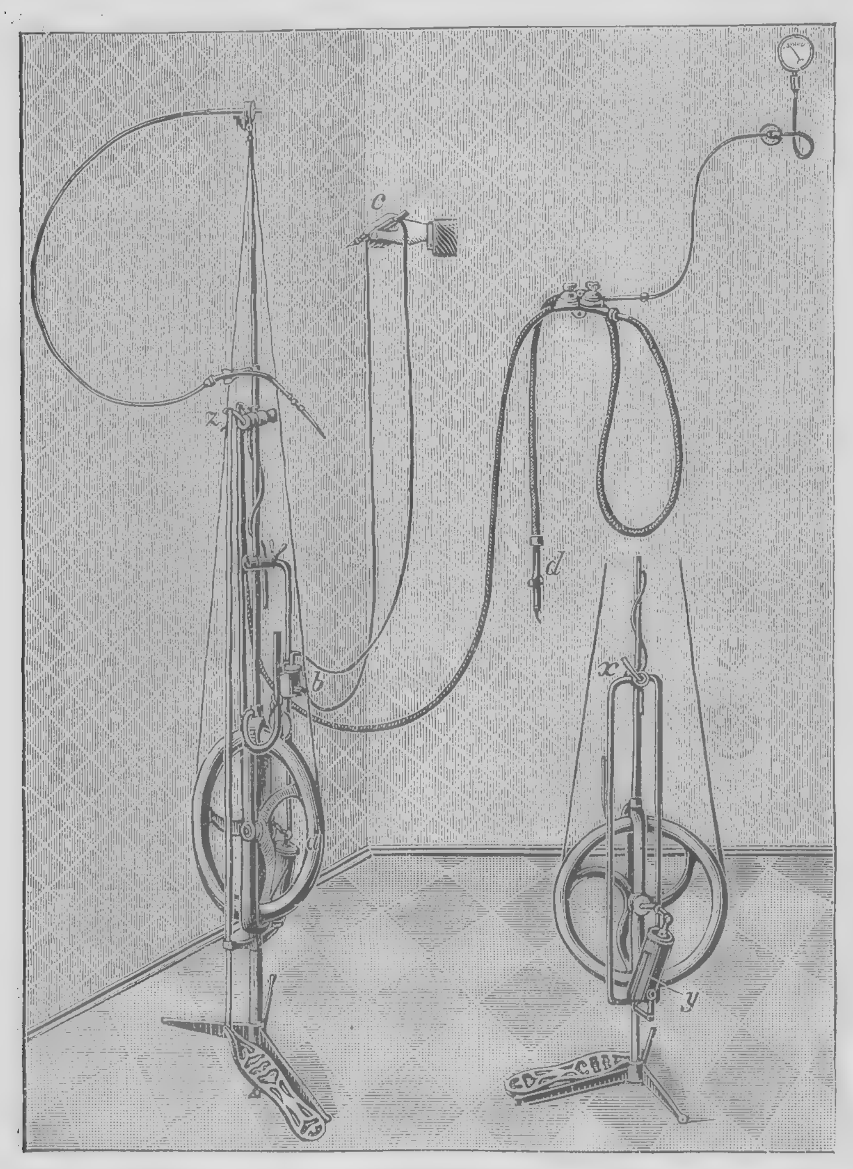


Fig. 27.

temps à autre un nettoyage et l'huilage des parties mobiles. Le tube dans lequel l'axe se meut ne doit toutefois jamais être huilé, mais il est soigneusement nettoyé en cas d'obstacle et essuyé avec de la stéatique sur du coton.

J'emploie l'air comprimé avec cet appareil depuis un certain temps et il ne m'a jamais donné de mécompte. La consommation d'eau est à peine sensible : en faisant de la machine un usage ordinaire (1 à 2 mètres cubes), de 0 fr. 25 à 0 fr. 37 par jour. Le prix de l'appareil est aussi notablement moindre que celui des appareils électriques chers et peu sûrs. Le moteur n'est pas non plus d'un prix élevé, de sorte que j'évalue la dépense totale d'installation au maximum entre 625 et 750 fr., sans avoir jamais de réparations à faire.

Indépendamment de la fraise et du maillet pneumatique, l'air comprimé trouve encore une application pratique dans l'insufflation d'air froid et chaud dans les cavités des dents, dans la dessiccation de la gencive, dans la pulvérisation des médicaments, etc., au moyen de l'insufflateur d'air électrique *d*. Il peut aussi servir à l'atelier pour produire un courant d'air continu pour le chalumeau à gaz, comme il nous en faut pour souder, pour fondre des métaux et pour confectionner des gencives continues.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE.

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE

Par M. Ch. Godon.

Nous devons à l'obligeance de la librairie J.-B. Baillère et fils la communication des bonnes feuilles du 4e volume du *Manuel du chirurgien-dentiste* de notre directeur Ch. Godon, et nous sommes très heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs le chapitre relatif au traitement de la carie dentaire.

Article 1er. — Généralités.

On a vu que le traitement de la carie dentaire comporte les principales indications suivantes :

A. Calmer la douleur ; B. Combattre l'infection ; C. Réparer les pertes de substances.

A. Calmer la douleur. — Nous avons vu [1] que la douleur est le plus souvent une des conséquences de la carie dentaire, depuis la légère sensibilité aux aliments chauds, froids ou sucrés (carie superficielle du 2e degré), jusqu'à la douleur violente, spontanée, pulsative, dite *rage de dents*, de la pulpite (3e degré) ou les douleurs sourdes persistantes de la périostite (4e degré).

Nous avons donné toutes les indications relatives aux formules de médicaments et leur emploi pour le traitement de la douleur dans les différents degrés de la carie. Nous n'y reviendrons que sommairement et si le traitement comprend des manœuvres opératoires non encore décrites [2].

---

1. Voy. Frey, *Pathologie de la bouche et des dents* (*Manuel du chirurgien-dentiste*).
2. Voir Roy, *Thérapeutique* (*Manuel du chirurgien-dentiste*).

B. Combattre l'infection. — On a vu que toute dent atteinte de carie est une dent infectée, depuis les premières taches de la carie du 1er degré jusqu'aux débris d'ivoire ramollis de la couronne ou de la racine de la dent cariée au 4e degré.

Combattre cette infection constitue l'indication la plus importante du traitement de la carie dentaire. Pour cela, le chirurgien-dentiste emploie, d'une part, la série des divers médicaments antiseptiques, d'autre part, des procédés opératoires particuliers pour la *résection* des parties atteintes. Nous ne ferons que rappeler sommairement les premiers qui sont déjà cités [1].

Nous nous étendrons davantage sur les seconds qui font plus particulièrement l'objet de ce volume.

C. Réparer les pertes de substances. — Parmi les désordres que produit la carie dentaire, après la douleur et l'infection de la dent, vient la perte de substance. La carie détruit graduellement les divers tissus qu'elle a attaqués, l'émail, la dentine, et produit dans la dent des excavations plus ou moins profondes, qui diminuent les surfaces de mastication des dents et les empêchent de remplir leur fonction physiologique.

Le rôle du chirurgien-dentiste consiste à réparer ces pertes de substances par les différents procédés d'*obturation*, lorsqu'elles sont *partielles* ; par la pose de *couronnes artificielles*, lorsque la couronne de la dent a été détruite en totalité, la racine étant guérie et restant implantée assez solidement dans l'alvéole.

Ces dernières restaurations, lorsqu'elles sont compliquées, c'est-à-dire lorsqu'elles s'étendent à plusieurs dents, exigent des manœuvres préparatoires et des procédés qui sortent du cadre de la dentisterie opératoire pour rentrer dans celui de la *prothèse dentaire* [2].

Lorsque la carie a atteint seulement l'émail (1er degré) et que les désordres se limitent à une simple tache brune ou blanchâtre sur la face médiane ou distale d'une dent, ou à une simple fissure noirâtre sur la face triturante, sans phénomène de douleur, la simple résection du tissu atteint par le limage et le polissage suffit dans le premier cas ; dans le second, la résection avec la fraise de la partie infectée et la réfection immédiate par l'obturation arrêtent l'affection sans autre traitement.

Si la carie a atteint l'ivoire, aux désordres précédents il s'ajoute presque toujours un autre phénomène : la douleur produite par l'irritation résultant des influences extérieures sur les fibrilles dentinaires mises à nu dans la cavité cariée, irritation et douleur d'autant plus aiguës que la cavité est plus voisine de la pulpe dentaire.

Le traitement, outre la résection et la réfection des tissus désorganisés, doit combattre cette irritation et par suite cette douleur en débarrassant la dent des tissus désorganisés qui l'irritent et en employant des médicaments antiseptiques et calmants.

Si la carie, en détruisant émail et ivoire, a mis à nu la pulpe den-

1. Voir Roy, *Thérapeutique* (*Manuel du chirurgien-dentiste*).
2. Voir Martinier, *Prothèse* (*Manuel du chirurgien-dentiste*).

taire, il faut encore réséquer les tissus durs cariés et traiter l'irritation pulpaire par le *coiffage*, si l'organe peut être conservé, ou achever de le détruire, si la désorganisation par suppuration et gangrène est trop avancée.

Enfin si les désordres ont gagné par les canaux dentaires la partie radiculaire et le périoste, il faut toujours pratiquer la résection des parties dures cariées, faire le nettoyage et l'antisepsie de la cavité et des canaux radiculaires, décongestionner les vaisseaux du périoste par des révulsifs et employer des calmants pour la douleur.

Et, dans les deux cas, réparer les pertes de substances, soit par l'obturation des cavités, soit par la pose de couronnes artificielles et d'appareils prothétiques si la destruction est trop étendue.

Enfin à cette vue d'ensemble sur le traitement de la carie à ses différentes périodes, il nous faut ajouter quelques considérations générales.

En vue de prévenir tous les désordres sur les dents non encore atteintes ou de les empêcher de récidiver sur celles qui le sont déjà, il importe d'imposer aux patients la pratique journalière d'une hygiène buccale rationnelle.

Celle-ci comporte quelques prescriptions au sujet de l'alimentation, mais surtout des soins journaliers qui constituent le meilleur traitement préventif de ces affections.

Une inspection, semestrielle ou au moins annuelle, de la bouche des enfants dès l'âge de quatre ans, faite par le chirurgien-dentiste, et continuée chez les adultes, permet de reconnaître et de traiter de bonne heure, dès leur début, les dents frappées d'un point de carie.

Ajoutons enfin que les dents temporaires, comme les dents permanentes, nécessitent les mêmes soins lorsqu'elles sont saines, le même traitement lorsqu'elles sont cariées.

Article II. — Carie dentaire du 1er degré.

Deux classes :

1° Caries s'étendant en taches superficielles (fig. 28) ;

2° Caries s'étendant en profondeur (fig. 29).

Caries en taches superficielles (fig. 28). — Limage et polissage. — Ces caries seront traitées au moyen du *limage* et du *polissage*.

Indications. — Les caries justiciables de ce traitement doivent se trouver sur une partie où le nettoyage peut se faire facilement, autrement elles ne tarderaient pas à se reproduire. Elles ne doivent pas dépasser en profondeur la couche d'émail et par conséquent doivent être insensibles pendant la résection.

Ce mode de traitement est le plus souvent employé pour les faces contiguës des dents antérieures supérieures et des bicuspides.

Manuel opératoire. — Le limage doit créer entre les dents un espace cunéiforme dont le sommet est dirigé du côté labial et la

base du côté lingual pour les dents antérieures. Pour les bicuspides, le sommet est dirigé du côté de la gencive et la base du côté de la face triturante (Tomes).

Nous ajouterons qu'afin d'empêcher les dents de se resserrer, ce qui ferait perdre tous les bénéfices du traitement, il est bon de laisser, autant qu'il est possible, un petit épaulement d'émail près de la gencive sur chaque dent ainsi limée ; par conséquent la lime ne doit pas pénétrer jusqu'à la gencive.

Il est bon, avant d'adopter la résection comme mode de traitement d'une carie du 1er degré, de vérifier sa profondeur en excisant la partie cariée avec un excavateur [1] à la main ou une fraise montée sur le tour dentaire.

On ne procède au limage destiné à unir la surface qu'ensuite, si la partie cariée n'atteint pas la dentine, auquel cas on doit recourir à l'obturation.

Contre-indications. — La douleur pendant l'excision est une contre-indication à cette opération.

Tomes y ajoute également comme contre-indication la production d'une exsudation de mucus épais et visqueux, dont il signale la présence dans certaines bouches sur les gencives et au collet des dents.

Caries s'étendant en profondeur (fig. 29). — OBTURATION. — On a recours à l'*obturation*, sans emploi d'aucun autre traitement préalable que la résection des parties cariées.

Ce sont généralement les caries du 1er degré siégeant sur les faces triturantes des molaires, dans les fissures inter-tuberculaires ou à la face postérieure des incisives, qui sont justiciables de ce traitement, parce que la simple résection donnerait lieu à une cavité qui servirait de réceptacle aux débris alimentaires et de point de départ à une nouvelle carie.

D'une façon générale, les points de carie, se laissant entamer facilement, siégeant sur les dents à denture faible blanche ou bleuâtre, ou dans les anfractuosités des couronnes, doivent être obturés.

On trouve quelquefois sur les couronnes des dents des parties noires ou jaunes que l'on désigne sous le nom de *carie sèche*. Ce sont d'anciennes caries, sur lesquelles le travail de résection et de polissage s'est fait seul par la mastication et la langue, pendant que la carie se trouvait arrêtée intérieurement par l'apport de dentine secondaire.

RÉSECTION. — *Manuel opératoire.* — La résection se fait à la main avec les ciseaux à émail et les limes plates, minces, dites limes à séparer, ou à l'aide du tour dentaire, avec les fraises, les meules en corindon ou en carborundum.

Toute la partie atteinte doit être enlevée.

Le polissage se fait à la main avec des tiges de bois ou des ru-

---

1. A. Coleman, *Manuel de chirurgie et de pathologie dentaires*. Traduction du Dr Darin. Paris, 1885.

bans, portant de l'émeri, de la ponce pulvérisée et du blanc d'Espagne, ou à l'aide du tour dentaire avec de petits disques en papier de verre, puis des disques en caoutchouc portant de la ponce pulvérisée et du blanc d'Espagne.

Le polissage doit être parfait, la moindre trace de lime pouvant devenir le siège d'une nouvelle carie.

Après la résection, la surface doit être unie, sans inégalités ni traces de lime, et placée dans des conditions telles que la langue et la brosse puissent continuer à la polir.

Ce mode de traitement était très employé par les anciens dentistes, qui ne craignaient pas de faire ainsi dans les dents des entailles longitudinales de près d'un millimètre de largeur. Puis ils passaient sur la surface ainsi entamée un fer rouge laissant une tache éburnée noire. L'effet était assez disgracieux, mais lorsque cette opération était faite avec soin, limage et cautérisation, les dents se conservaient sans récidive de caries. Nous en avons vu datant ainsi de plus de quarante ans.

Enfin il y a quelques années, deux auteurs américains, Arthur[1] et Bonwill[2], avaient indiqué la résection comme moyen de *prévenir* la production de la carie dans les dents trop serrées.

Actuellement les dentistes ont une certaine méfiance pour la résection, qui n'est plus employée que dans les cas absolument favorables.

Article III. — Carie dentaire du 2e degré.

Deux classes :

Première classe, Caries distantes de la pulpe (fig. 30).

Deuxième classe, Caries voisines de la pulpe (fig. 31).

Caries distantes de la pulpe. — La douleur est souvent légère ou nulle ; aussi le plus généralement elle peut être négligée.

Excision. — La thérapeutique de cette classe se pratique au moyen de l'excision, qui consiste, après le lavage de la cavité, dans l'enlèvement des parties d'ivoire atteintes par la carie à l'aide de la rugine et de la fraise et l'obturation immédiate après avoir donné à la cavité une forme convenable pour la substance obturatrice à y insérer.

On peut, dans cette classe de caries du 2e degré, enlever assez hardiment à la fraise toute la partie de dentine atteinte, en ne laissant au fond et sur les parois de la cavité que du tissu absolument sain et de coloration normale.

Il faut cependant, comme dans la classe suivante, avoir toujours présente à l'esprit la conformation anatomique de la pulpe et

---

1. R. Arthur, *Separation on preventive of decay* (*Transactions of the New York Odontological Society*, 1879).

2. G.-A. Bonwill, *The anticipation of carie by separations*. Communication à la Société odontologique de New-York (*Gazette odontologique*, 1879).

se souvenir que, dans les molaires, les cornes de la pulpe s'étendent quelquefois assez loin dans la dentine et surtout tenir compte de l'âge du sujet.

Caries voisines de la pulpe. — Le traitement est semblable à celui de la première classe et sous la dépendance des mêmes indications. Cependant les divers désordres sont plus graves et nécessitent de plus grands soins pour être combattus.

La douleur est plus vive, en raison du voisinage de la pulpe.

La cavité est plus profonde, l'altération de la dentine plus étendue et par suite l'obturation plus importante.

Par conséquent il y a lieu d'employer, plus que dans le premier cas, les pansements préalables destinés à atténuer la sensibilité de l'ivoire.

Il faut réséquer plus de dentine et reconstituer une plus grande partie de la dent.

Enfin le voisinage de la pulpe exige de très grands soins dans l'*excision*, pour ne pas mettre involontairement cet organe à nu, et dans l'*obturation*, pour le mettre à l'abri de toute compression et de toute influence thermique transmise par la masse obturatrice.

EXCISION. — L'excision doit se faire avec beaucoup de précaution.

Il ne faut se servir de la fraise pour la résection du tissu atteint que dans le pourtour de la cavité.

Dans le fond, il faut employer la rugine en forme de cuiller et soulever les couches d'ivoire les unes après les autres, en suivant le bord intérieur de la cavité.

L'ablation de ces couches de l'ivoire atteint est souvent très douloureuse.

TRAITEMENT DE L'HYPERESTHÉSIE DE L'IVOIRE. — Une des premières opérations qui s'imposent consiste à atténuer la sensibilité exagérée de l'ivoire. Les moyens employés pour diminuer la sensibilité de la dentine sont nombreux : ce sont des agents chimiques, des agents physiques ou des procédés mécaniques.

1° *Agents chimiques.* — Parmi les premiers, nous trouvons des médicaments anesthésiques, tels que le chloroforme, l'éther, la morphine, la cocaïne ; des astringents, comme le tannin (Magitot) ; des caustiques, comme la créosote, le chlorure de zinc, l'acide chromique, le nitrate d'argent, la résorcine, la potasse caustique (Robinson) ; des antiseptiques, tels que l'acide phénique, le thymol, l'essence de girofle, l'eugénol, l'alcool camphré, l'aconit, la teinture d'iode.

Tomes conseille le chlorure de zinc ou l'oxychlorure de zinc liquide [1] ; Coleman, l'aconit [2] ; Brasseur ; le sulfo-carbol ; Magitot, l'acide arsénieux [3] ; Dubois, l'acide sulfurique cocaïné de Herbst (*Obtundent*).

---

1. Tomes, *Traité de clinique dentaire*, p. 289.
2. Coleman, *Manuel de Clinique et de Pathologie dentaires*, p. 158.
3. Magitot, *Dictionnaire des sciences médicales*, article CARIE DES DENTS, p. 573.

Ces divers pansements s'appliquent soit d'une façon instantanée, soit à demeure pendant un ou plusieurs jours.

Ils consistent en une boulette de ouate ou un disque de carton portant le médicament, recouvert par une deuxième boulette de ouate imbibée de benjoin ou de vernis au copal dissous dans l'éther ou au mastic formant pansement occlusif.

La gutta-percha est préférable dans ce but.

Eviter l'action des pansements trop chauds ou trop froids sur la dentine sensible, par suite du retentissement de cette action thermique sur la pulpe déjà irritée.

Parmi les médicaments que nous venons d'énumérer, il en est plusieurs qui, malgré leur action certaine sur la dentine, offrent de réels inconvénients. En première ligne, il faut citer l'acide arsénieux.

« Contrairement à ce que certains auteurs ont écrit [1], nous proscrivons totalement l'emploi de l'acide arsénieux dans la carie au 2e degré et toutes les fois que l'on n'aura pas pour but de dévitaliser la pulpe ; l'acide pénètre par les canalicules, d'où une décoloration des dents, une mortification lente de la pulpe avec abcès alvéolaires [2]. »

Le chlorure de zinc provoque une douleur assez vive.

Le nitrate d'argent laisse une coloration noirâtre au fond de la cavité.

D'une façon générale, la plupart des caustiques doivent être laissés un temps assez court en contact avec la dentine, par suite du retentissement de leur action sur la pulpe.

2° *Agents physiques.* — Comme moyen physique, l'air chaud est un des meilleurs procédés d'insensibilisation de la dentine. Une cavité bien sèche est presque insensible.

Différents instruments permettent d'obtenir la déshydratation des cavités. Ce sont les appareils à air chaud de Poinsot ou de Paulme avec le thermo-cautère, l'appareil de Barbe, de Telschow avec le galvano-cautère, l'appareil de Brasseur avec la combustion du gaz ou mieux la simple poire à air chaud chauffée à la lampe ou au gaz.

On a préconisé également l'emploi de cautères simples (Magitot), de cautères électriques (Godon), le flambage des cavités (Whiting).

On obtient aussi la déshydratation des cavités avec un fort jet d'air froid comprimé.

On a proposé également un courant de protoxyde d'azote qui à l'action de dessiccation joignait une action anesthésique (Lennox).

Enfin on a conseillé, en dehors des simples absorbants, l'emploi de déshydratants chimiques, tels que l'alcool absolu, le chlorure de calcium, le sulfate de chaux.

Il est à remarquer pourtant que, d'après le Dr Black, la déshy-

---

1. Dolbeau, *Leçons sur la carie dentaire*, 1874.
2. E. Brasseur, *Chirurgie des dents et de leurs annexes* (*Encyclopédie internationale de chirurgie*, Paris, 1886, t. V, p. 600).

dratation excessive de la dentine est une cause d'affaiblissement des cavités dentaires.

Enfin une des dernières applications de l'électricité, la *cataphorèse*, produit en quelques minutes l'insensibilité des cavités les plus douloureuses.

La *cataphorèse* est « l'introduction par l'électricité de médicaments qui pénètrent dans l'économie à travers la peau et les membranes muqueuses [1] ».

Le Dr Foveau de Courmelles, en 1893, a fait des applications sur la gencive de cette propriété de l'électricité pour l'absorption de sels de cocaïne.

M. Foulon a appliqué cette propriété, pour obtenir l'anesthésie locale pour l'extraction des dents [2].

M. Morton a utilisé la cataphorèse pour le blanchiment des dents.

Enfin M. H.-W. Gillett, de New-Port (États-Unis), a communiqué quelques expériences sur la cataphorèse pour l'insensibilisation de la dentine, qui semblent la faire entrer définitivement dans la pratique [3]. Ces expériences ont du reste été reprises et confirmées en Europe.

Ce procédé s'emploie ainsi :

« L'électrode positive à pointe de platine est appliquée sur du coton imbibé de la solution cocaïnique (20 ou 30 p. 100) et placé dans la cavité de la dent.

» Le pôle négatif, garni d'une éponge humide, est appliqué en une partie quelconque du corps, la main, le cou ou la face. Mais il est bon que le courant ait le plus court chemin à parcourir à travers l'organisme.

» Le temps d'application est de six à huit minutes. On réussit par de longues applications, dit l'auteur, à engourdir la dent de façon qu'on pourrait, si on le voulait, la découper en fragments sans douleur [4]. »

3° *Procédés mécaniques*. — Parmi les moyens mécaniques, la rotation rapide de fraises bien tranchantes servant à l'excision, l'emploi d'excavateurs bien affilés et bien en main, sont encore de bons procédés pour rendre cette opération plus supportable.

Il est à noter que l'excision de la dentine provoque souvent aussi des douleurs intolérables lorsqu'elle est faite dans un sens, de droite à gauche par exemple, alors que de gauche à droite, elle est parfaitement supportable (Coleman).

Dans le traitement de l'hyperesthésie de la dentine, on se propose une action différente suivant les divers procédés employés.

Ainsi, en employant des médicaments astringents ou caustiques, M. Magitot a pour but : « de provoquer de la part de la pulpe centrale surexcitée une hyperproduction dentinaire, qui amène

1. Dr Frederik Paterson, *Progrès dentaire*, 1896.
2. Foulon, *Revue internationale d'odontologie*, 1893.
3. Voir *Comptes rendus des Congrès de Bâle et de Nancy* (*Odontologie*, 1895).
4. Voir *Progrès dentaire*, 1896.

l'oblitération des canalicules et par suite l'insensibilité de l'ivoire[1] » ;

Les agents anesthésiques doivent amener l'insensibilisation temporaire des fibrilles dentinaires ;

Par le desséchement de la cavité à l'aide de l'air chaud ou de l'air froid comprimé, on rend les fibrilles inaptes à transmettre à l'organe central les impressions extérieures ;

Par la cautérisation au cautère, on espère « déterminer une carbonisation partielle de l'ivoire, des canalicules et de leur paroi et une espèce d'eschare qui intercepte les sensations extérieures » (Magitot);

On attend une action analogue des divers caustiques ;

Enfin l'obturation provisoire, lorsqu'il s'y associe l'action antiseptique et anesthésique de médicaments placés comme pansements au fond de la cavité, soustrait la dentine aux causes qui avaient provoqué son irritation et la ramène graduellement à la sensibilité ou, suivant Franck Abbott, de New-York, à l'insensibilité normale[2].

Lorsque la sensibilité de la dentine a disparu, on peut achever d'enlever les dernières couches d'ivoire carié.

Quelques auteurs prétendent qu'il vaut mieux laisser au fond de la cavité ces dernières couches d'ivoire jaune et ramolli, plutôt que de risquer de mettre la pulpe à nu. Dans ce cas, ils placent au fond de la cavité une solution antiseptique sur des disques d'amiante par exemple (Michaëls) ou, après avoir bien séché le fond de la cavité, font absorber par la dentine une solution antiseptique afin de détruire tous les germes septiques et la stériliser.

D'autres, au contraire, préfèrent que les dernières couches d'ivoire infecté soient enlevées, quitte à mettre la pulpe à nu, transformant ainsi une carie du 2e degré en carie du 3e degré. On peut ainsi, disent-ils, juger de l'état d'irritation de la pulpe et la traiter en conséquence, suivant les cas, par le *coiffage* ou la *dévitalisation.*

Obturation provisoire ou temporaire. — « L'obturation provisoire, avec ou sans médicaments, est le moyen thérapeutique le plus parfait dans la carie du 2e degré » (Dubois). Elle possède une action curative très prononcée contre l'hyperesthésie de la dentine.

La matière employée est la gutta-percha très chargée en oxyde de zinc (pâte de Hill), lorsque cette obturation est faite pour peu de temps.

Lorsqu'on a quelque motif pour que cette obturation temporaire dure quelques mois, il vaut mieux employer l'oxychlorure de zinc, dont l'action sur la dentine est très efficace (Coleman, Tomes).

Résumé. — Dans tous les cas et pour nous résumer, le traitement de la carie du 2e degré, première ou deuxième classe, comporte :

---

1. Magitot, *Dict. des sc. méd.*, article Carie des dents, p. 573.
2. Franck Abbott, *Progrès dentaire*, 1896, p. 104.

1° Lavage antiseptique de la cavité.
2° Excision des parties de dentine infectées par la carie ;
3° Traitement de l'hyperesthésie de la dentine, s'il y a lieu (2e classe) ;
4° Préparation de la cavité pour l'obturation ;
5° Obturation.

Article IV. — Carie dentaire du 3e degré.

Le traitement de la carie du 3e degré comprend le traitement des trois premières classes des maladies de la pulpe.

Classification des maladies de la pulpe. — 1° Caries avec inflammation subaiguë de la pulpe ;

2° Caries avec inflammation aiguë de la pulpe ;

3° Caries avec inflammation pulpaire chronique : avec atrophie dégénérescence calcique, dégénérescence graisseuse); avec hypertrophie (tumeur de la pulpe).

Carie avec inflammation subaiguë de la pulpe. — Les maladies de la première classe se traitent par la conservation de l'organe pulpaire. Le traitement conservateur a pour but de provoquer ou de faciliter la production de dentine secondaire, destinée à oblitérer le pertuis, généralement étroit, qui fait communiquer la cavité de la pulpe dénudée avec la cavité de la carie, afin de permettre le retour à l'état normal de l'organe enflammé.

Pour obtenir ce résultat, quelques auteurs (Magitot) ont proposé l'emploi répété de simples pansements calmants, suivis de quelques applications astringentes (tannin, alun calciné, acide phénique) [1].

Mais l'opération maintenant la plus usitée est le *coiffage* de la pulpe.

Conservation de la pulpe. — Coiffage. — Avant de la pratiquer, il faut préparer la cavité dentaire, comme cela a été indiqué pour la carie du 2e degré (fig. 32).

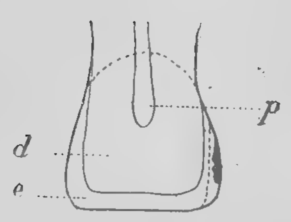
Tout d'abord, laver la cavité à l'eau tiède antiseptique et en faire un nettoyage sommaire, pour enlever les matières étrangères.

Mais, avant de faire l'excision de l'ivoire ramolli, il faut appliquer la *digue*.

Puis les diverses couches de l'ivoire infecté doivent être enlevées par couches, à l'aide des rugines à cuiller. Il faut éviter de blesser inutilement la pulpe ; on arrête la petite hémorrhagie pulpaire qui se produit, en étanchant le sang et en lavant à l'eau tiède alcoolisée. On peut toucher la pulpe avec une solution de tannin ou d'acide phénique.

Coleman conseille également de la toucher une demi-minute avec l'acide nitrique concentré, ou le cautère actuel à blanc, après quoi l'on peut, dit-il, aurifier la cavité en commençant par un cylindre volumineux et compact, procédé qu'il attribue à Bogue.

1. Magitot, *Dictionnaire encyclopédique*, article Carie des dents, p. 570.



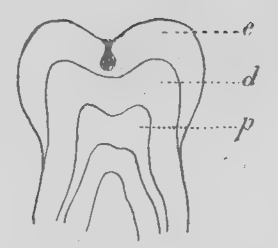


Fig. 28. — Carie dentaire du 1er degré, s'étendant en taches superficielles.

Fig. 29. — Carie dentaire du 1er degré, s'étendant en profondeur.

e, émail; *d*, dentine; *p*, pulpe.

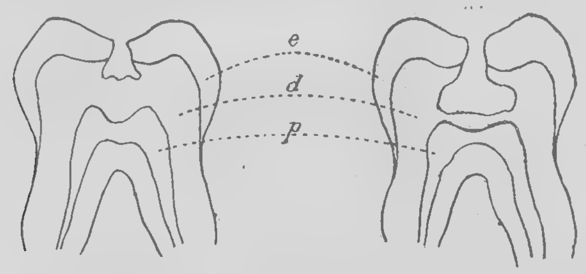
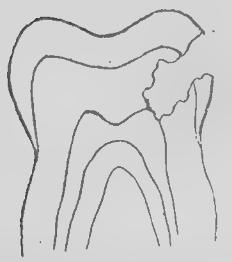
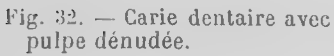


Fig. 30 et 31. — Carie dentaire du 2e degré : Carie distante de la pulpe. Carie voisine de la pulpe.
e, émail; *d*, dentine; *p*, pulpe.




Fig. 32. — Carie dentaire avec pulpe dénudée.

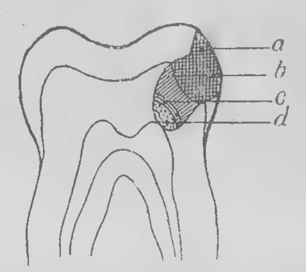
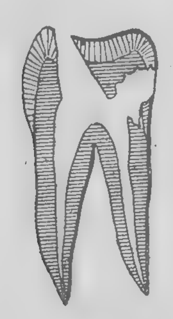


Fig. 33. — Carie dentaire : *a*, or ou amalgame; *b*, ciment ou gutta; *c*, capsule en platine; *d*, pâte de coiffage.



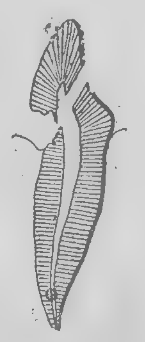


Fig. 34 et 35. — Dents trépanées pour faciliter l'accès des canaux.

Cependant l'application d'une coiffe intermédiaire est préférable.

Le coiffage peut être fait en employant soit des pâtes seules, soit des pâtes recouvertes de capsules métalliques.

1° *Coiffes en pâte.* — Les substances les plus employées sont les mélanges d'iodoforme et d'oxyde de zinc, d'essence de girofle et d'oxyde de zinc, une solution éthérée de copal, les pâtes de Witzel, de Weston, la pulpine de Rosenthal (de Liège), la pâte de Lehr, ainsi composée :

Collodion pharmaceutique.......	30 grammes.
Créosote de hêtre...............	V gouttes.
Huile de ricin....................	2 à 3 gr.
Mêler, puis ajouter :	
Iodoforme.........	Q. S.

La cavité étant préparée, on la dessèche à l'air modérément chaud, puis on applique sur la pulpe, à l'aide d'un tampon de ouate, qui doit être retiré, ou d'un morceau de carton mince, la pâte adoptée, en évitant toute compression qui provoquerait des douleurs et ferait échouer l'opération. On y ajoute ensuite un mélange un peu liquide d'oxychlorure de zinc ou d'oxyphosphate de zinc, qu'on laisse durcir. La cavité peut alors être obturée définitivement.

2° *Coiffes métalliques.* — On emploie à cet effet des capsules concaves, en platine ou en aluminium, de forme ronde pour les molaires et de forme ovale pour les bicuspides, la face concave regardant la pulpe (fig. 33).

La capsule, remplie de pâte, mais pas en excès, puis placée dans la cavité, est appliquée sur la pulpe sans pression. Pour cela, il est bon de garnir la face convexe de la capsule d'un peu de cire vierge, qui permet de fixer la capsule à la pointe d'un instrument chauffé et de la mettre ainsi plus facilement en place. Si la cavité est profonde, il importe de recouvrir ensuite la capsule d'une mince couche de gutta-percha isolante. Puis on applique, comme il est dit ci-dessus, le ciment clair à l'oxyphosphate de zinc ou à l'oxychlorure de zinc, en évitant de déranger la capsule.

Il faut prendre garde à ce que la dent antagoniste n'exerce pas de pression sur l'obturation qui vient d'être faite.

Ces diverses manipulations sont extrêmement minutieuses, et la moindre faute peut faire échouer l'opération.

On se trouve bien, après le coiffage et pendant les jours suivants, de badigeonnages répétés avec un mélange d'iode et d'aconit sur la gencive.

Ce coiffage, soit avec la pâte seule, soit complété par la capsule, peut être immédiat ou différé d'un jour ou deux, *temporaire* ou *définitif.*

Lorsqu'on a quelques motifs de craindre l'insuccès de l'opération, soit parce qu'on a trouvé la pulpe un peu trop enflammée, ou excrétant un liquide sanieux et de mauvaise odeur, soit qu'on ait des doutes sur l'état suffisant de santé du patient pour cette œuvre de réparation, et qu'on veuille tenter l'opération

quand même, il est préférable de faire le coiffage temporairement, pour un temps variant de quelques jours à un ou deux mois.

Dans ce cas, on se borne à recouvrir la coiffe d'une couche d'oxychlorure ou d'oxyphosphate de zinc peu épaisse, complétée, lorsqu'elle est durcie, par de la gutta-percha, afin de pouvoir rouvrir facilement la cavité et vérifier l'état de la pulpe.

Suivant les cas, on renouvelle le coiffage, à titre définitif cette fois, ou l'on dévitalise la pulpe.

Comme on le voit, le coiffage est une opération qui exige une grande légèreté de main, beaucoup de soins, d'attention et d'adresse, pour être réussie.

Elle n'est indiquée, avec chance de succès, que dans les cas de pulpite subaiguë ou lorsque la pulpe a été mise à nu accidentellement ou volontairement, comme traitement d'une carie du 2ᵉ degré avancée. Il ne faut pas qu'il y ait encore eu, la nuit, la douleur spontanée, violente, dite *rage de dents*, caractéristique de la pulpite aiguë, ou que l'inflammation se soit propagée au périoste alvéolo-dentaire, ce que l'on vérifie par la percussion.

Amputation de la pulpe. — Quelques opérateurs conseillent le coiffage, même en présence de pulpes déjà partiellement ulcérées (pulpite aiguë) et même dans l'hypertrophie de la pulpe (pulpite chronique) (Coleman).

Dans ce cas, et après la préparation de la cavité, application de la digue, etc., comme il est indiqué ci-dessus, ils amputent la partie ulcérée ou hypertrophiée de la pulpe avec une lancette effilée (Brasseur), arrêtent l'hémorrhagie et font le coiffage. Ceci est l'amputation partielle de la pulpe. Dans les molaires, cette amputation a même été étendue à la moitié de la pulpe, l'autre moitié restant en rapport avec les rameaux radiculaires.

Un auteur allemand, Witzel, conseille également l'amputation totale de la pulpe jusqu'à l'entrée des canaux radiculaires. Le coiffage se pratique alors sur les rameaux radiculaires à l'orifice pulpo-radiculaire.

Quoique cette opération ait donné un certain nombre de succès, elle n'en reste pas moins extrêmement téméraire et susceptible, dans le cas où l'ulcération continuerait sur les parties restantes de la pulpe, de donner par suite de leur mortification des accidents fâcheux (périostite, abcès alvéolaire).

Aussi est-il nécessaire, avant de la tenter, de s'assurer de l'excellent état de santé du sujet et de ne la pratiquer, comme le coiffage du reste, qu'en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses.

Il est bon, dans ce cas, de s'en tenir au coiffage temporaire, afin de pouvoir vérifier au bout de quelque temps, ou dès les premiers symptômes inquiétants, l'état des parties pulpaires restées en place.

Cette opération est l'intermédiaire entre le coiffage proprement dit et la dévitalisation pulpaire. C'est une dévitalisation et un coiffage partiels.

Witzel résume ainsi les principales règles du coiffage de la pulpe :

1° Eviter le contact de la pulpe avec les tissus altérés ;

2° Veiller à ce que le coiffage n'ait pas d'action caustique ;

3° La couche protectrice ne doit exercer aucune pression.

Caries avec inflammation aiguë de la pulpe. — Dans la 2e classe, sauf certaines exceptions, le traitement conservateur ne peut être employé. On a alors recours à la destruction de la pulpe. Nous laissons de côté le traitement de l'odontalgie qui accompagne la pulpite aiguë[1].

DESTRUCTION DE LA PULPE. — La destruction de la pulpe comporte deux phases :

1° La dévitalisation ; 2° l'extirpation.

1° *Dévitalisation.* — Elle peut être *immédiate* ou *médiate.*

a) Dévitalisation immédiate. — Lorsque la pulpe est mise à nu, à la suite d'une fracture ou après la résection de la couronne à la pince coupante ou au davier, ou lorsque la pulpe est d'accès facile, comme dans les caries de la face médiane des molaires inférieures, il est possible de faire la dévitalisation immédiate de la pulpe.

Elle peut se faire, soit par l'introduction dans la cavité pulpaire de la pointe chauffée à blanc du thermo-cautère ou du galvano-cautère, soit après l'anesthésie de la pulpe avec une solution de cocaïne par la cataphorèse ou l'application de cristaux d'acide phénique (Poinsot), soit par l'introduction d'un tire-nerfs, suivie d'un rapide mouvement de torsion. Ce petit instrument est ensuite ramené au dehors chargé de la pulpe et de ses débris radiculaires. Les mêmes manœuvres doivent être répétées jusqu'à ce que tous les débris de pulpe soient retirés. Dans ce cas, on doit mettre la digue.

Ce mode de dévitalisation est assez douloureux, sauf lorsque la pulpe a été anesthésiée. Aussi on emploie plus communément les procédés de dévitalisation médiate.

b) Dévitalisation médiate. — α *Escharotiques employés.* — Divers escharotiques ont été préconisés pour la destruction de la pulpe : le chlorure de zinc, le chlorure d'antimoine, le nitrate d'argent, la potasse caustique, les acides nitrique, chlorhydrique, enfin l'acide arsénieux opaque ou porcelainé.

C'est ce dernier agent qui est maintenant le plus généralement employé et qui est devenu, comme dit Brasseur, le *caustique dentaire* par excellence.

D'après Gubler, « l'arsenic agit en arrêtant les actes vitaux dans les tissus avec lesquels il est en contact. Appliqué sur les tissus vivants, il produit des effets locaux, dont le dernier terme est l'escharification, suivie d'inflammation éliminatrice, les premiers degrés se caractérisant par de l'irritation avec douleur, chaleur et fluxion sanguine.

1. Voir Roy, *Thérapeutique de la bouche et des dents* (*Manuel du chirurgien-dentiste*).

» En définitive, l'eschare produite par l'arsenic est une momification plus voisine de l'état asphyxique de la substance cérébrale, au début du ramollissement par oblitération artérielle, qu'elle ne l'est de la masse informe et anhiste laissée par la potasse ou par un caustique chimique d'une égale violence[1]. » Brasseur signale la possibilité d'obtenir par l'acide arsénieux la momification de la pulpe et indique, avec Coleman, son action anti-putride dans le traitement de la carie dentaire. Si, dans une cavité dentaire répandant une odeur infecte, on place de l'acide arsénieux, l'odeur disparaît avec les phénomènes de putridité (Brasseur).

Par suite de l'eschare produite par l'action de l'acide arsénieux et de l'oblitération artérielle, il se produit à l'apex de la racine une congestion des canaux de la membrane alvéolo-dentaire, qui risque de dégénérer rapidement en périostite, lorsque le pansement arsenical reste trop longtemps en place ou est trop répété.

Enfin « l'arsenic provoque une douleur d'autant plus vive que la pulpe est plus récemment enflammée » (Dubois).

Ces diverses considérations sont nécessaires pour comprendre l'action de l'acide arsénieux et justifier son emploi.

D'après quelques auteurs, il est nécessaire, avant de faire l'application de l'acide arsénieux, de calmer l'irritation de la pulpe par des pansements calmants, répétés deux ou trois fois toutes les vingt-quatre heures, l'acide phénique par exemple.

Cette pratique n'est pas nécessaire et est avantageusement remplacée par une légère saignée de la pulpe, qu'on provoque facilement en préparant la cavité. Il suffit, le plus souvent, de soulever un des débris d'ivoire ramolli, voisin du pertuis, pour l'obtenir. Cette saignée a pour but de décongestionner la pulpe et par suite de diminuer la compression douloureuse qui se produirait contre les parois de la cavité pulpaire après l'application du caustique.

Dans le même but, il faut découvrir la pulpe autant qu'il est possible, élargir le pertuis de communication à travers lequel, souvent, il se produit une hernie pulpaire très douloureuse.

Enfin le pansement doit être appliqué sur la pulpe sans la comprimer. On a souvent mélangé l'acide arsénieux avec un liquide, la créosote par exemple, pour en faciliter l'application. Cela peut avoir l'inconvénient de permettre au pansement de fuser en dehors de la cavité et de causer sur les muqueuses et les alvéoles voisins des désordres souvent très étendus et quelquefois assez graves. Pourtant on peut, avec des précautions, éviter cet accident, soit en mettant la digue, soit en entourant la dent d'un linge protecteur. Dans les caries interstitielles, où l'accident est le plus fréquent, il est bon, si l'on n'a pas placé la digue, de mettre préalablement entre les deux dents un cordelet de ouate que l'on retire après le pansement. On a ajouté à la créosote, pour diminuer la douleur, le chlorhydrate ou l'acétate de morphine, mais sans succès[2].

1. Gubler, *Commentaires thérapeutiques du Codex*, 4e édit.

2. Voir Combes, *De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire*. Thèse de Paris, 1879.

Nous avons obtenu de meilleurs résultats avec les sels de cocaïne, à saturation dans la créosote.

M. Viau a recommandé, dans le même but, le phénate de cocaïne[1].

P. Dubois a cherché à combattre la douleur résultant de l'application de l'acide arsénieux par l'adjonction d'un constricteur vasculaire. Après quelques essais avec l'atropine, qu'il a rejetée pour le danger de son emploi, il s'est arrêté à l'ésérine, dont il a obtenu, dit-il, les meilleurs effets.

Il a également indiqué l'acide arsénique comme supérieur à l'acide arsénieux, parce qu'il est plus soluble.

Quelques auteurs (Magitot, Brasseur) préfèrent les préparations sèches d'acide arsénieux aux préparations liquides, pour les motifs indiqués plus haut.

Les principales formules qui ont été préconisées sont celles de Magitot, de Kuhn, de Kink, de Fanton, de Thomas, de Dubrac, etc.

β. *Mode d'application.* — Dans tous les cas, quelle que soit la formule employée, le mode d'application ne diffère pas.

Il faut porter sur un carton, sur un carré de papier d'amiante ou sur une petite boulette de ouate, 3 à 4 milligr. d'acide arsénieux, c'est-à-dire environ la grosseur d'une tête d'épingle, et le déposer sur la partie dénudée de la pulpe, puis, pour recouvrir ce pansement et le maintenir en contact, boucher la cavité avec un pansement protecteur de cire ou de gutta-percha.

Lorsqu'on emploie l'acide arsénieux à l'état de poudre, Magitot conseille, pour faciliter le dosage approximatif, une petite manœuvre, dite le procédé du *bouchon*, qui peut servir pour plusieurs des médicaments qui doivent s'employer à si petite dose. Il consiste à retourner le flacon et à promener sur la surface inférieure du bouchon, ainsi recouverte d'une couche uniforme de poudre fine, la boulette ou la mèche de coton qui doit porter le médicament.

Avec l'acide arsénieux seul, la douleur peut durer d'une demi-heure à quatre ou cinq heures, suivant l'état d'inflammation de la pulpe et la formule employée.

Il faut laisser le caustique ainsi en contact pendant dix, douze ou vingt-quatre heures. Le pansement à l'ésérine peut rester deux jours. Il y a inconvénient à le laisser plus longtemps par suite de la congestion des vaisseaux du périoste alvéolo-dentaire.

Lorsqu'on enlève ce pansement, on vérifie si la pulpe est suffisamment insensible.

Un pansement suffit le plus souvent. Pourtant, chez des personnes extrêmement nerveuses, on pourra être amené à le renouveler une deuxième fois, mais il y aurait inconvénient à le faire davantage.

Il faut, pour faire absorber le second pansement, ouvrir plus largement la cavité pulpaire et soulever l'eschare produite.

Il ne reste plus ensuite qu'à procéder à l'*extirpation* de la pulpe.

---

1. Viau, *Formulaire*.

2° *Extirpation.* — Lorsque la pulpe est complètement dévitalisée, il faut procéder à l'extirpation. Pour mener à bonne fin l'opération, la chambre pulpaire doit être convenablement préparée.

a) *Préparation de la chambre pulpaire.* — Sitôt le pansement destructeur retiré, il faut ouvrir largement la cavité pulpaire à la fraise et y faire des irrigations répétées.

Pour les molaires, la dent doit être ouverte suivant une ligne oblique partant de la partie médiane et triturante de la dent et dirigée vers la partie distale et pulpaire. La sonde exploratrice doit pénétrer directement, sans courbure, par cette ouverture, dans le canal palatin des molaires supérieures et dans le canal postérieur des molaires inférieures. La fraise agit non seulement en poussant du dehors en dedans pour détruire certaines aspérités, mais aussi en tirant de la cavité pulpaire vers l'extérieur (Chauvin). Lorsque le siège de la carie (face distale des molaires, partie cervicale des dents antérieures) ne permet pas cette préparation sans amener une trop grande perte de substance de la dent, il faut négliger cette cavité et créer avec le foret une ouverture artificielle sur la face triturante de la dent, près de la partie médiane. Le traitement de la dent peut se continuer par cette nouvelle ouverture, l'autre cavité étant obturée (fig. 34 et 35).

Une bonne préparation de la cavité pulpaire doit permettre aux instruments d'y pénétrer sans rencontrer d'obstacles et sans courbures exagérées. Il faut prendre garde de ne pas créer avec le foret ou la fraise un faux canal et avoir présents à l'esprit l'anatomie de la dent, le nombre des racines, des canaux et leur situation, surtout dans les molaires inférieures[1].

Pendant cette première partie de l'opération, toute la partie centrale de la pulpe a été enlevée par la fraise et les irrigations. Il ne reste plus à extirper que les rameaux vasculo-nerveux qui sont dans les racines; généralement ils sont encore très sensibles.

b) *Extirpation proprement dite.* — Nous avons vu que quelques auteurs conseillent de conserver les rameaux vasculo-nerveux et d'en faire le coiffage.

D'autres, partisans de l'extirpation, préfèrent remettre cette opération à quelques jours, alors qu'un ou plusieurs pansements auront détruit cette sensibilité. Dans ce cas, on emploie des médicaments caustiques et antiseptiques, tels que la créosote, l'acide phénique, le sulfo-carbol (Brasseur), etc.

On se guidera sur l'état de nervosité du patient et sur la sensibilité des rameaux nerveux à extraire pour faire l'extirpation immédiate ou la remettre à une séance ultérieure après les pansements caustiques nécessaires.

Les plus grandes précautions antiseptiques doivent être prises pendant toute l'opération de l'extirpation de la pulpe. La plupart des complications qui se produisent dans le traitement de la carie

1. Voir Chauvin et Papot, *Odontologie*, 1886.

du 3e degré, et notamment les périostites alvéolo-dentaires, viennent de l'infection portée au fond des canaux par les fraises ou les sondes non stérilisées ou même les liquides buccaux, alors que l'extirpation vient de créer une plaie et d'ouvrir ainsi une porte à l'entrée de cette infection dans l'économie.

α. *Instruments.* — Pour l'*extirpation* de la pulpe, on se sert de *tire-nerfs*, de *sondes de Donaldson* ou plus simplement d'équarrissoirs d'horloger, convenablement détrempés et stérilisés.

β. *Mode d'application.* — On garnit l'équarrissoir de ouate que l'on enroule fermement autour de la broche, on le trempe dans un mélange antiseptique et anesthésique et on l'insinue le long de la paroi radiculaire. On fait subir à l'instrument une légère rotation et on extrait ainsi les parties de la pulpe déjà mortifiées.

On n'a pas besoin de ouate avec le tire-nerfs, car il est barbelé, mais on peut craindre la rupture d'une partie de l'instrument dans la racine.

Les conséquences en sont fâcheuses et les tentatives d'extraction peuvent occasionner des inflammations du périoste.

Néanmoins, en cas d'accident, on peut retirer les débris restés dans la pulpe avec une pince spéciale, s'il est cassé à l'orifice du canal.

Avec les sondes garnies de coton, cet accident est moins à craindre, car la mèche de coton ramène généralement le fragment.

On obtient rarement et dès la première tentative la pulpe et ses rameaux en entier. Aussi faut-il répéter plusieurs fois la manœuvre. Ces manœuvres sont souvent très douloureuses.

Nous atténuons la douleur avec une solution saturée de cocaïne pure dans la créosote, ou de cocaïne (0 gr.5) et d'acide sulfurique (1 gramme) (Dubois). Il est préférable, pour éviter la périostite consécutive, d'enlever tous les débris de nerfs dans une même séance.

Dans le cas, pourtant, où la sensibilité est trop grande et le malade trop nerveux, on remet la suite de l'opération à deux jours, après avoir laissé dans le canal ou les canaux une mèche de coton imbibée légèrement d'un liquide caustique et antiseptique.

Avec un peu d'habitude on sent très bien s'il ne reste plus de débris pulpaires le long des parois de la racine ou s'il n'en a pas été refoulé au fond.

Dans ce dernier cas, on éprouve parfaitement la sensation que la pointe de la sonde touche un corps mou, élastique et non la partie dure de l'apex.

Il y a également une légère sensibilité de la dent à la percussion qui disparaît sitôt que ces derniers débris sont enlevés.

A la suite de l'extirpation des nerfs il se produit une petite hémorrhagie qui s'arrête rapidement.

Puis on procède au nettoyage des canaux, d'abord à l'aide d'irrigations répétées, ensuite en employant des mèches de coton antiseptique.

Dans ce but, on emploie une solution aqueuse de bichlorure de mercure au 1/1000 ou d'acide phénique à 3 p. 100.

Lorsque la dernière mèche sort blanche et sèche, le canal peut être considéré comme prêt pour l'obturation.

Malgré toutes les précautions antiseptiques, une inflammation du périoste peut être à craindre. On pratique alors une obturation provisoire, jusqu'à ce qu'on soit assuré que les phénomènes inflammatoires ne sont plus à redouter.

Dans ce cas, le bouchage se fait avec une mèche imbibée d'essence de girofle iodoformée ou de sulfocarbol, d'eucalyptol, de glycérine et de thymol, etc., recouverte de gutta-percha; si une poussée de périostite se produit, on retire l'obturation provisoire et on laisse la cavité ouverte pendant 24 ou 48 heures, avec des mèches iodées et un tampon de ouate ne fermant qu'imparfaitement la cavité et on fait des badigeonnages sur la gencive. On renouvelle ce pansement tous les deux jours jusqu'à disparition de la périostite.

Au bout de 8 à 10 jours, si aucun signe inflammatoire ne s'est manifesté, douleur à la percussion, coloration anormale de la gencive, si les mèches restées dans le canal sortent propres et sans odeur putride, après avoir retiré le pansement occlusif, on peut procéder à l'*obturation définitive des canaux.*

c) Obturation des canaux. — Cette obturation diffère de l'obturation proprement dite par les procédés et comme matériaux.

α. Procédés d'obturation. — Elle exige des soins antiseptiques très sérieux sur lesquels on ne saurait trop insister. Il faut éviter de porter dans le canal aucun germe septique, qui ferait perdre tous les bénéfices de ce long traitement, en donnant naissance le plus souvent à une périostite chronique très difficile à guérir. Il faut même éviter, avec des mèches trop serrées agissant comme piston, de faire refluer vers l'alvéole des liquides ou simplement de l'air.

Le canal, parfaitement nettoyé, doit être préalablement séché à l'air chaud; puis, ses parois imbibées d'une solution antiseptique, on pousse vers l'apex un petit tampon de gutta-percha gros comme une tête d'épingle, afin de fermer cette ouverture. Enfin l'obturation du canal proprement dit a lieu avec la substance obturatrice choisie.

β. Matériaux d'obturation. — Les substances d'obturation préconisées pour l'obturation des canaux sont extrêmement nombreuses.

Tout d'abord, certains opérateurs se bornent à laisser dans le canal une mèche de coton, de soie ou d'amiante, portant l'antiseptique adopté, créosote et iodoforme, essence de girofle, eugénol, etc.

D'autres placent tout simplement la substance antiseptique à l'entrée du canal sans autre substance obturatrice dans l'intérieur (Coleman), ou emploient un absorbant comme le charbon (Gillard).

Ce dernier procédé est évidemment le plus simple, mais il est généralement considéré comme insuffisant, et l'obturation complète du canal est reconnue nécessaire par l'immense généralité des praticiens.

Dans ce cas, toutes les substances obturatrices ont été recommandées pour l'obturation des canaux dentaires; ce sont la *gutta-percha*, mélangée ou non avec une substance antiseptique (iodoforme, etc.). en solution dans le chloroforme, ou en pointes préparées à cet effet ; des pâtes médicamenteuses; les *divers ciments* : oxychlorure de zinc, oxyphosphate de zinc, etc.; des *tiges de bois* ou *de métal.*

Parmi les substances métalliques, on a l'amalgame, l'étain ou l'or en feuilles avec acide phénique (Kingsley), les fils de plomb (Andrieu), de platine, d'or, d'aluminium (Dubois, Godon), soit seuls, soit garnis d'une substance antiseptique ou obturatrice plastique.

(*A suivre*)

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

RAPPORT ANNUEL

Présenté à la séance du 2 février 1897,

Par M. J. d'Argent, secrétaire général.

Vous m'avez fait l'honneur de me nommer votre secrétaire général, il y a un an, à une séance à laquelle j'avais eu le regret de ne pouvoir assister, et, par conséquent, sans que j'eusse posé ma candidature à ce poste, dont l'importance ne prend pas seulement sa source, à mon avis, dans la fonction elle-même, mais également dans les personnalités qui l'ont successivement occupé: j'ai nommé MM. Godon, Dubois, Gillard, Martinier, Francis Jean, Viau.

Si j'ai accepté l'honneur qui m'était fait, quoique d'autres fussent plus désignés par leur savoir et leur ancienneté, c'est par respect et reconnaissance pour le suffrage universel et aussi par désir de connaître et d'apprécier un rouage de plus de notre mécanisme administratif. J'ai cherché à remplir un devoir et à augmenter mon expérience, et si je vous demande de porter vos suffrages sur un autre candidat, dans le scrutin qui sera ouvert tout à l'heure, ce n'est pas par lassitude, je vous prie de le croire, mais parce que je me suis convaincu que rien ne s'oppose à ce que l'on renouvelle, chaque année, le secrétaire général de notre Société, ainsi qu'on le fait pour le président, aucun apprentissage n'étant nécessaire au nouvel élu, toujours choisi cependant parmi les membres ayant produit quelques communications, et par cela présentant les garanties de travail susceptibles de vous donner toute satisfaction. Pendant mon court séjour au secrétariat, je me suis attaché, autant que cela m'a été possible, à perfectionner l'œuvre de mes devanciers, et j'invite mes successeurs à faire mieux et plus pratique encore, car il ne faut jamais se reposer, et ce qui est bien actuellement peut être insuffisant, peu de temps après; ainsi le veut la loi du progrès qui, lui, ne chôme jamais.

J'ai d'abord pris l'initiative d'un service d'archives spéciales à

notre Société, car jusqu'à présent il ne restait aucune trace des lettres échangées entre notre secrétariat et ses correspondants.

Ensuite, d'accord avec votre bureau, j'ai inauguré une série de rapports sur les séances pratiques, que nous organisons certains dimanches, et je me suis attaché à les rédiger avec la plus grande impartialité. J'engage la Société à exiger la continuation de cette excellente mesure, dont le résultat immédiat est d'écarter toute présentation de peu d'intérêt ou de pure réclame, et, par conséquent, d'assurer à nos séances le plus de succès possible.

Comme préliminaire à cette importante question, nous vous avions soumis une proposition, que vous avez approuvée, tendant à ce que les nouvelles matières obturatrices qu'on désire nous présenter fussent, au préalable, examinées par votre bureau, chargé d'apprécier l'opportunité de leur présentation et d'exiger, le cas échéant, la formule de composition ou l'analyse du produit par les soins de notre laboratoire de chimie, afin d'éviter les superfétations ou l'approbation irréfléchie de substances susceptibles de nuire ou de ne marquer aucun progrès.

Notre professeur de chimie nous avait promis de faire des essais, afin de fixer les frais d'expertise, et votre nouveau bureau vous fera des propositions, aussitôt qu'il aura été renseigné au sujet de cette question.

Ne vous semble-t-il pas que, dans certains cas où nous ne sommes pas suffisamment renseignés pour entamer une discussion claire et profitable sur une communication traitant d'un sujet peu connu, il y aurait intérêt à ajourner cette discussion jusqu'après la publication dans le journal ? Je laisse cette réflexion à vos futurs élus pour vous faire telles propositions qu'ils jugeront convenables.

Je me suis attaché à revoir, avec la plus grande attention, les procès-verbaux de nos séances, afin d'éviter que nos discussions n'eussent une tournure confuse, à la publication dans notre journal.

L'année écoulée s'annonçait sous les plus brillants auspices. Votre bureau se proposait de vous faire assister à des séances bien remplies et profitables à votre esprit autant qu'à votre expérience pratique, lorsqu'un événement, déroutant par sa soudaineté et par son importance, est venu jeter un moment de désarroi et de confusion dans ses projets. Vous avez déjà tous compris qu'il s'agit de la mort effroyable de notre si estimé et si regretté collaborateur Paul Dubois, le champion de nos débats pacifiques, l'ardent apôtre de nos visées intellectuelles et le propagateur de toute idée propre à répandre le goût de ces réunions où l'on rencontre le maximum de confraternité, puisque chacun y expose à chacun ses pensées les plus chères, ses méthodes les plus précieuses.

Je ne referai pas le panégyrique de notre cher ami Dubois; M. Martinier, notre président, vous a retracé sa vie, son caractère, son œuvre dans une brillante allocution, à la séance du 14 avril 1896, qui fut levée ensuite en signe de deuil. Nous avons tous les mêmes pensées au sujet de cet homme si remarquable, dont l'i-

mage devrait figurer au-dessus de notre fauteuil présidentiel, dans cette salle de réunion, au même titre que celle du docteur Thomas, qui semble présider aux travaux de nos élèves, dans la grande salle d'opérations.

J'émettrai donc ce vœu, que vous approuverez, j'espère, et je suis persuadé que le Conseil d'administration de l'Ecole dentaire de Paris réservera une bonne place à un buste ou à un magnifique portrait de notre ancien président Paul Dubois, dans les nouveaux locaux où il compte bientôt nous réinstaller.

Malgré tout, nos travaux ont été à la hauteur de la bonne renommée de notre Société ; le nombre et la valeur des communications qui nous ont été présentées ne le cèdent en rien aux années précédentes et marquent une étape sérieuse dans nos annales scientifiques. La Société n'étant pas encore entrée dans la voie des récompenses accordées au meilleur travail présenté, quoique son règlement l'y autorise, il ne m'est pas permis de les apprécier par ordre de valeur. D'ailleurs, à mes yeux, il y a un mérite très grand pour chaque membre qui veut bien s'astreindre, en dehors de ses occupations professionnelles quotidiennes, à un labeur spécial, souvent très ingrat, et c'est sans aucune distinction que je vous propose des remerciements et des félicitations à tous nos conférenciers.

Récapitulons, si vous le voulez bien, par ordre alphabétique, les noms de ces derniers, inscrits au tableau d'honneur de l'année 1896, et revoyons brièvement leurs travaux.

M. d'Almen, qui se trouve en tête de mon énumération, par l'ordre adopté, serait aussi dans les premiers, si j'avais dû faire un classement. Il nous a communiqué une étude documentée du permanganate de chaux et indique son utilité antiseptique en chirurgie dentaire, déduite de ses observations cliniques nombreuses et variées. Il a établi qu'on peut tirer grand profit de ce médicament en bien des circonstances, et notamment dans le cas d'extractions de dents *abcédées*, afin d'éviter les complications infectieuses post-opératoires, processus palpitant d'actualité, puisqu'il a fait l'objet d'un long examen dans notre dernière séance. Ce résultat seul vaudrait à M. d'Almen nos sincères éloges.

M. Billet nous a présenté un petit appareil pour la stérilisation rapide des instruments en présence du patient. Son dispositif, composé d'une cupule en platine supportée par un trépied sous lequel on place un brûleur, est très pratique pour les instruments de petit volume, et, si les rigoristes ne le trouvent pas parfait, c'est-à-dire universel, il n'en subsiste pas moins qu'en bien des circonstances il préviendra des accidents en permettant d'obtenir la stérilisation spontanée et complète de la partie d'un instrument ayant pénétré dans le pus. Du même auteur nous avons eu un appareil fort ingénieux pour obtenir le parallélisme des pivots.

M. Chauvin n'est pas revenu parmi nous pour rester inactif. Il le prouve en nous communiquant, en même temps qu'un pivot-tube de son invention, un historique raisonné de la dent à pivot.

Ceci n'est certainement qu'un début; attendons-nous à voir M. Chauvin fréquemment sur la brèche, c'est-à-dire à notre tribune.

M. Choquet ne s'arrête pas dans ses travaux et ses recherches de micrographie. Quand il a fini de nous exposer les procédés et les préparations classiques, il cherche du nouveau dans ce champ si étendu et même il améliore l'outillage du micrographe. Son microtome, qu'il nous a décrit et qu'il a fait fonctionner devant nous, nous a paru très bien compris ; mais qu'est notre modeste avis en présence de celui de la Société de biologie qui en a rendu un des plus favorables? Nous félicitons notre ingénieux confrère.

M. Friteau nous a fait de deux observations d'accidents infectieux péri-buccaux consécutifs à des extractions une description qui peut être considérée comme un modèle du genre. C'est la seule conclusion possible après la lecture de ces belles pages.

M. Georges, de Cette, nous a envoyé, pour le musée, un moulage et un appareil de restauration buccale dont nous le remercions.

M. Godon, après tant d'autres, a refait la théorie de l'extraction des dents; mais, si ses devanciers se sont bornés à indiquer des procédés d'avulsion et les résultats de ces procédés, pour la première fois nous trouvons dans l'étude de M. Godon un exposé réellement théorique, susceptible d'être enseigné aux élèves: il examine et synthétise le mode d'action de nos divers instruments par l'étude des résistances et des forces. Sa théorie trouvera place dans tout traité de dentisterie opératoire, et ce n'est pas un faible honneur pour notre Société que d'avoir été le berceau de son éclosion.

Nous avons eu de *M. Grosheintz*, de Bâle, une démonstration de cataphorèse; à ce sujet, j'ai présenté un rapport qui a été publié, je n'y reviendrai donc pas; mais, à propos de cette communication et de celle de M. Telschow, de Berlin, retenons ce fait que notre Société est toujours considérée par les confrères étrangers comme un milieu où ils aspirent à être admis et tiennent à faire sanctionner leurs découvertes.

M. Houbriet nous a présenté une pompe à salive, ce qui prouve que celles que nous possédons, et elles sont nombreuses, laissent encore à désirer sous le rapport de l'aspiration. Son modèle est ingénieux, mais il a aussi un inconvénient, trés léger du reste, c'est la nécessité d'être branché sur une conduite d'eau, alors que cet aménagement n'existe que dans peu de cabinets, notamment à Paris.

M. Legret nous a fait connaître un modèle de seringue dû à M. Lüer et nous a fait valoir ses avantages au point de vue de l'asepsie de l'instrument et de la simplicité de sa composition, se réduisant à un piston en verre cheminant dans un cylindre de même substance, auquel on adapte un jet de seringue de Pravaz, soit au total trois pièces faciles à aseptiser.

L'anesthésie locale est considérée par la plupart des praticiens comme ayant de grands avantages sur l'anesthésie générale, du moins dans son application en art dentaire; il paraît y avoir, en

effet, une grande disproportion entre l'importance opératoire d'une avulsion, souvent facile et de très courte durée, et tout le fatras impressionnant d'une anesthésie générale. Aussi l'étude des agents d'anesthésie locale est-elle permanente et d'actualité. Parmi ceux-ci le gaïacol, un des derniers venus, semble présenter des qualités très appréciables, et, d'une part,

M. Lot, de Bordeaux, nous a transmis une description des succès qu'il a obtenus et qu'il attribue à la perfection du mode de préparation de la solution qu'il emploie; d'autre part,

M. Mahé, qui se sert d'une autre préparation, se déclare peu satisfait; mais ces deux communications ont ouvert la voie aux essais et ont donné lieu à une intéressante discussion, ce dont nous nous applaudissons.

M. Martinier nous a soumis le moulage d'un maxillaire inférieur fracturé, moulage très difficile à obtenir, et, avec sa compétence dans ces sortes de questions, nous a présenté sur ce cas une observation très intéressante.

M. Mendel nous donne sans compter; cette année, il nous a développé deux questions importantes, l'une de pathologie, l'autre de physiologie. Je ne surprendrai personne en disant qu'il les a traitées avec une science de l'exposition et de la clarté tout à fait remarquable. Après M. Martinier, qui lui a adressé les plus chaleureuses félicitations, au nom de la Société, à la dernière de nos réunions, je lui réitère l'assurance de nos remerciements et de notre admiration. La Société ne peut que s'honorer de posséder des membres aussi distingués par leur travail soutenu.

M. Pitsch nous a fait connaître un petit appareil très bien compris pour la préparation de solutions extemporanées aseptiques de cocaïne. J'espère, avec nos confrères, qu'il ne s'en tiendra pas à ce début.

M. Poinsot, tenu à l'écart par sa santé, reste cependant avec nous par la pensée et ne manque aucune occasion de nous faire parvenir ses observations cliniques, où il donne carrière à sa grande expérience, à son talent d'observateur et à ses idées de propagation.

M. Randorf et *M. Ronnet* nous ont présenté de nouvelles substances à aurifier, qui ont des qualités appréciables. Un rapport a été publié à ce sujet.

L'extraction des dents n'a pas de secret pour *M. Ronnet*, et lorsqu'il est embarrassé dans une extraction, parce que l'instrument approprié nous manque, il l'invente et le confectionne. Son nouvel élévateur est très pratique pour des cas analogues à celui qu'il nous a rapporté.

L'or *de Trey* marque comme une révolution dans la science de l'obturation des dents et il a fait dire à un de nos distingués confrères qu'il y a trois merveilleuses inventions en art dentaire: le tour à fraiser, la digue et l'*or de Trey*. Si ce produit a été si rapidement connu et apprécié, c'est certainement grâce aux démonstrations de *M. Toulouse* et au traité complet que *M. Sauvez* a

publié sur ce sujet. Le cadre de ce rapport est trop étroit pour analyser un ouvrage de cette importance qui contient une véritable méthode, exposée avec une grande clarté.

Il nous faudrait des pages pour relater les nombreuses inventions et les perfectionnements que *M. Telschow*, de Berlin, nous a fait voir et qui sont dus à son esprit si fécond. Je ne puis donc même les analyser à cette place. Je constate simplement la fidélité que nous a conservée notre ancien ami; qu'il nous permette ce titre, à nous qui le connaissons depuis si longtemps, et qu'il accepte tous nos remerciements et l'expression de notre sympathie reconnaissante.

Vous constaterez que j'avais raison d'affirmer que cette année peut figurer en bonne place dans les annales de notre Société.

D'autres travaux, non moins remarquables, ont aussi été produits, pendant cette même année 1896, au Congrès de Nancy, le deuxième des Congrès dentaires nationaux, auquel ont assisté de très nombreux praticiens et où nous étions représentés par notre premier vice-président, *M. Papot.*

Je ne reviendrai pas sur les sujets qui ont été traités pendant ces assises, dont le succès scientifique marche de pair avec celui du Congrès de Bordeaux, le premier en date, et dont une brochure très intéressante, déposée sur notre bureau par *M. Sauvez*, président du bureau central du Congrès, a relaté les différentes réunions.

Pourquoi faut-il cependant qu'en cette brochure, qui contient des pages dont la lecture est si attrayante et si instructive, on ait jugé utile de donner, *in extenso*, les détails d'un débat scientifique où un membre s'est complu à critiquer le rapport d'un de nos collègues sur une question donnée, avec un manque de courtoisie inusité dans nos assemblées et un ton de persiflage d'autant moins explicable que celui qu'il voulait atteindre était le porte-parole d'un comité responsable, comme lui, des théories exposées dans ce rapport? C'est d'un très mauvais effet, et j'estime qu'insister sur le fait est le meilleur moyen d'en éviter le retour.

Tâchons que nos discussions restent toujours sous la dépendance de notre volonté, sachons rectifier les hérésies et les interprétations erronées, sans blesser l'amour-propre de nos contradicteurs, et que les réunions futures ne provoquent aucune espèce de froissement.

Nous abordons des années où notre Société aura maintes fois l'occasion de prouver sa vitalité, et où nos membres pourront faire valoir leurs qualités et leur savoir, puisque chacune d'elles voit s'organiser un Congrès scientifique national et que 1900 sera marqué par un Congrès international, auquel on donnera le plus grand éclat et où nos membres travailleurs feront assaut de savoir avec leurs collègues les plus remarquables de tous les pays. Je suis persuadé que la Société d'Odontologie de Paris ne faillira pas dans cette circonstance à sa tâche et à sa réputation.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL.

Session de Nancy.

DESCRIPTION D'UN APPAREIL DE REDRESSEMENT DU NEZ DU Dr AYRAPAA, DE FINLANDE.

Par M. Sjöberg, de Stockholm.

L'opération du Dr Ayrapaa consiste dans le redressement du nez chez les individus où cet organe a subi, par suite de maladie syphilitique ou scrofuleuse, une déformation très défavorable au physique du sujet.

Cette opération a été faite en France par M. Claude Martin, mais dans des conditions différentes.

Celui-ci agit à l'extérieur, celui-là opère d'une façon interne.

Le traitement suppose deux cas :

1° Il existe une communication de la bouche avec le nez ;

2° Cette communication n'existe pas.

Dans le premier cas, on prend l'empreinte de la bouche et on fait une plaque en caoutchouc durci. La plaque étant bien fixée, on y adapte un appendice supérieur en godiva. C'est cet appendice qui, entré dans le nez par la communication buccale, viendra s'appuyer, en raison de sa direction en avant, sur la partie interne rentrante de l'organe.

L'appareil est tour à tour retiré et replacé. Mais chaque fois l'appendice qui est en godiva est renforcé jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'appendice final qui produira le redressement complet.

Dans le second cas le Dr Ayrapaa introduit les pièces de godiva par les narines, mais le résultat obtenu est alors moins parfait.

Cependant, si le patient y consent, on peut pratiquer dans la bouche une communication artificielle en perforant la voûte palatine, non pas sur la ligne médiane qui est trop résistante, mais à côté.

Cette opération ne serait pas, paraît-il, trop douloureuse.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'EMPLOI DES CIMENTS EN PRATIQUE DENTAIRE.

Par M. Louis Chouville, de Saint-Quentin.

Quoique l'on ait beaucoup écrit, aussi bien en France que dans les pays étrangers, au sujet des matières obturatrices à employer en art dentaire, au risque de paraître fastidieux nous nous hasardons à revenir sur ce sujet.

Nous n'avons pas la prétention d'embrasser toute la série des matières obturatrices, métalliques ou non, nous nous contenterons tout simplement de vous parler des ciments en général et des avantages que nous pouvons retirer de ces derniers dans la pra-

tique de notre art. De façon à vous présenter un travail aussi complet qu'il est possible, nous avons, tout en nous résumant le plus que nous avons pu, tenu à définir l'emploi de cette matière obturatrice, depuis la manière de la préparer sur la tablette jusqu'au moment où nous laissons notre malade se lever de notre fauteuil et quitter notre cabinet.

Pour ne pas créer de confusion, nous avons divisé ce travail de la façon suivante :

Composition d'un ciment.

Avantages et inconvénients.

Manières de le préparer.

Précaution à prendre pour la durée de l'obturation.

Polissage. Durée.

Prenons donc, si vous le voulez bien, chacune de ces classifications.

Et tout d'abord, qu'est-ce qu'un ciment? Le ciment, pour ce qui nous concerne, est une matière permettant d'obturer rapidement la cavité d'une dent cariée.

Un des premiers qui aient été faits était dû à l'initiative du Dr Casimir, précédé déjà par M. Lallemand, sur lequel nous n'avons pas de renseignements bien précis. Il y a de cela une quarantaine d'années. Les résultats laissaient alors beaucoup à désirer, car à cette époque le liquide employé n'était autre chose que du chlorure de zinc concentré, la poudre, de l'oxyde de zinc, et le composé ainsi obtenu se dissolvait rapidement dans la bouche.

Plus tard, aux oxychlorures on substitua les oxyphosphates, ainsi que les pyrophosphates. Le liquide employé la plupart du temps est de l'acide phosphorique auquel on a ajouté soit du phosphate, soit du silicate d'alumine.

Mais nous n'en dirons pas plus long sur la composition chimique des ciments qui est plutôt du ressort de la chimie proprement dite et qui n'a par conséquent pas sa place dans ce travail ; nous nous occuperons seulement du côté pratique. Quels sont les avantages et les inconvénients inhérents aux obturations faites avec le ciment? Nous sommes forcé d'émettre ici une opinion pour ainsi dire personnelle, mais nous comptons que, si quelqu'un d'entre vous n'est pas de notre avis, il voudra bien tout à l'heure nous faire part de ses objections, ajoutant que nous serons heureux si, comme nous l'espérons, au cours de la discussion nous pouvons apprendre quelque chose de nouveau.

Les avantages que peut présenter une obturation au ciment sont les suivants :

1° Facilité de manipulation.

2° Adhérence parfaite aux parois des cavités.

3° Suppression des impressions thermiques.

4° Couleur à peu près naturelle.

5° Pouvoir bactéricide du ciment.

Ce qui, à notre avis, donne au ciment un avantage immense sur les autres obturations, c'est la facilité avec laquelle nous pouvons le manier, le triturer, redonner à une dent sa forme primitive. Tous les ciments ne se manipulent pas de la même façon, suivant que l'on a affaire à certaines espèces dont la partie liquide est cristallisée ou non. La plupart aujourd'hui ont ceci de bien caractéristique, c'est que, lorsque nous achetons un produit de ce genre, nous nous trouvons en présence de deux flacons : un flacon de poudre, un flacon de liquide.

Si nous nous plaçons au point de vue du temps, chose qui n'est jamais à dédaigner, la malaxation peut se faire très rapidement, instantanément même, pendant que notre malade a la bouche ouverte, que les dents à obturer soient munies ou non de la digue de caoutchouc. Il y a des ciments qui, suivant la composition du liquide, prennent plus ou moins rapidement. C'est quelquefois un avantage, surtout lorsque nous avons à obturer des dents d'enfants chez lesquels nous ne pouvons pas faire d'aurification par suite de la répulsion qu'ils éprouvent à remettre leurs molaires entre les mains du dentiste.

Mais ce qui est un avantage dans ce cas peut quelquefois nous amener des inconvénients et une perte de temps assez grande.

Vous savez tous par expérience que le liquide de nos ciments dentaires est hygrométrique ; il suit pour ainsi dire la température extérieure. Tantôt ce liquide sera bien clair, bien transparent, bien sirupeux, en un mot il réunira toutes les qualités que nous pouvons lui demander, et les obturations que nous ferons seront parfaites. Que dans la même journée, même quelques heures plus tard, nous voulions l'employer à nouveau, pour peu que le temps ait changé, il nous sera absolument impossible, non pas de mélanger la poudre au liquide, mais de former un tout bien homogène, ne durcissant pas trop rapidement et se foulant bien dans toutes les anfractuosités de la carie que nous voulons obturer.

Nous sommes obligés de recommencer une seconde fois, quelquefois même une troisième, et pendant ce temps-là notre malade reste toujours la bouche ouverte... Nous réussissons enfin à bien faire notre mélange et nous l'appliquons immédiatement dans la cavité que nous voulons obturer ; l'obturation durcit bien, mais elle s'effrite quand on la tasse et présente un aspect grumeux, percé de petits trous. Nous pouvons être sûrs, dans ce cas, que notre obturation ne durera pas longtemps, surtout si nous ne prenons pas la précaution d'attendre que le tout soit absolument dur avant de permettre au malade de fermer la bouche. Résultat ultérieur : un insuccès.

C'est pour cette raison que nous préférons aux ciments de cette espèce ceux dont le liquide est cristallisé par refroidissement et que nous sommes obligés de liquéfier pour pouvoir les employer. Je ne veux pas faire de réclame pour telle ou telle marque ; je ne citerai donc aucun nom de fabricant, et me contenterai de vous rappeler la marche à suivre.

Dans ce cas, nous le disons à l'avance, quoique cela doive entrer dans le chapitre des précautions à prendre, non seulement on se trouvera toujours bien de placer la digue de caoutchouc, mais encore cela est absolument indispensable pour la bonne réussite de l'opération. Notre cavité ayant été préparée entièrement et les dents à obturer étant munies de la digue, nous prenons un peu du produit cristallisé et nous le faisons fondre. Cette première partie de la malaxation peut même être faite immédiatement avant de poser la digue.

Ici nous devons faire une petite remarque, qui ne manque pas d'importance, c'est qu'il y a quelques précautions à prendre pour liquéfier le liquide cristallisé. On ne doit jamais employer une température assez élevée pour que le corps vienne à entrer en ébullition.

La chaleur doit être relativement douce et égale autant qu'il est possible ; nous nous servons à cet effet d'un thermo-cautère muni de la canule à air chaud, dont la température ne dépasse guère 120 degrés, et une fois notre corps cristallisé déposé sur la plaque de verre qui nous sert à faire nos mélanges, nous promenons, en l'éloignant ou en la rapprochant, l'embouchure de notre thermo-cautère, jusqu'à ce que nous nous trouvions en présence d'un corps non pas liquide, non plus solide, mais bien sirupeux et d'une consistance épaisse.

La spatule qui nous sert à faire nos mélanges et qui devra être de préférence en platine, doit avoir de la difficulté à triturer liquide et poudre.

Lorsqu'on aura bien tout mélangé, et qu'on pourra, sans que le ciment adhère aux doigts, en faire une boulette, on procédera à l'obturation en prenant son temps et en ayant soin de bien fouler dans toutes les anfractuosités et de n'employer pour former les bords de l'obturation, si l'on a affaire à une reconstitution ou même à une cavité distale, que des instruments plats *absolument lisses.*

Nous insistons sur ce point, car bien souvent, pour peu que l'on ait à faire deux, trois, quatre obturations dans la même bouche et qu'il faille faire un nouveau mélange, si l'on n'a pas bien nettoyé à la carde les instruments qui ont servi au polissage des premières obturations, il restera sur les faces larges de ceux-ci des traces du ciment précédent, traces qui y adhéreront très intimement et occasionneront des rayures sur l'obturation que l'on est en train de faire, ou quelquefois même enlèveront des blocs entiers de ce ciment qui n'est pas encore durci complètement.

Une fois l'obturation bien durcie, on pourra, si on le juge à propos, la recouvrir d'une couche de collodion ou d'un vernis quelconque, de façon à empêcher la pénétration de la salive, et l'on renverra son malade à une autre séance pour procéder au polissage définitif. Inutile d'ajouter que bien souvent on est obligé de terminer complètement dans la même séance.

Les obturations au ciment, plus que toute autre obturation, réalisent, si les cavités dans lesquelles on les place sont bien prépa-

rées, le *summum* d'adhérence aux parois de cette cavité; mais nécessairement il ne suffit pas, lorsqu'on fait une obturation, d'appliquer ce dernier simplement avec la spatule ayant servi à faire le mélange pour obtenir le tassement dans toutes les anfractuosités, on doit se servir de fouloirs appropriés à la circonstance. On aura toujours le loisir de voir par la suite qu'à l'inverse des obturations métalliques on n'aura jamais de retrait.

Un grand avantage que possèdent les ciments, c'est de présenter, à un degré un peu moins élevé que la gutta-percha, il est vrai, la propriété de supprimer les impressions thermiques.

La gutta, surtout lorsqu'il s'agit de cavités centrales de grosses molaires, finit à la longue par se tasser, s'excaver en forme de cupule, et pour peu que l'on se trouve en présence, comme c'est bien souvent le cas, de dents dont la pulpe n'est plus recouverte que par une mince couche de dentine ramollie, il n'en faut pas davantage pour que le malade ressente de la douleur pendant la mastication.

Avec le ciment, nous n'avons jamais à craindre cet inconvénient. Si la composition n'en est pas trop acide, le malade ne ressentira aucune impression lors de l'application de ce dernier; mais s'il possède un degré d'acidité un peu trop accentué ou s'il vient à durcir un peu trop rapidement, il n'en faudra souvent pas davantage pour occasionner une douleur quelquefois assez vive, douleur qui durera, qui peut quelquefois se prolonger pendant une demi-heure ou une heure.

Un des autres grands avantages des ciments, c'est que, par suite des poudres de diverses teintes, on peut arriver en mélangeant ces dernières à obtenir la teinte à peu près parfaite des dents que l'on se propose d'obturer. Il y a même quelques espèces qui sont livrées avec plusieurs tubes de couleurs finement pulvérisées, couleurs que l'on mélange suivant les besoins avec la poudre elle-même. Mais, à notre avis, l'avantage le plus grand que possèdent les obturations dont nous nous occupons aujourd'hui, c'est le pouvoir microbicide lorsqu'on leur associe une poudre antiseptique quelconque. Sur le conseil de notre collègue et ami Choquet, nous tentâmes, il y a trois ans, d'associer, comme il le faisait déjà à cette époque, un antiseptique quelconque à la poudre de notre ciment pour l'obturation des caries du 2e degré avancé où nous sommes obligés de laisser une légère couche de dentine ramollie sur la pulpe. Et nous attirons tout particulièrement aujourd'hui votre attention sur ce sujet, car nous sommes absolument persuadé que, par ce procédé, on peut arriver à enrayer les progrès de la carie.

On a conseillé déjà la combinaison de l'iodoforme avec les ciments, et notre confrère, qui avait tout d'abord expérimenté l'association de cet antiseptique, l'avait ensuite abandonné à cause de l'odeur *sui generis* qui se dégage constamment de la matière obturatrice ainsi combinée, et l'avait remplacé par l'hydronaphtol dans la proportion de moitié. Nous reprîmes ses essais et nous

pûmes constater par nous-même au bout d'un an que des caries de 2e degré assez avancé, dans lesquelles la pulpe n'était plus recouverte que par une couche très légère de dentine, présentaient à cette époque une couche de dentine secondaire excessivement dure que nous avions de la difficulté à entamer avec la rugine.

Nous ne nous basons pas sur ce seul cas, nous en avons plus de cinquante à notre actif, et toujours les résultats ont été les mêmes.

Concurremment nous avons voulu essayer de nouveaux antiseptiques et nous allons vous soumettre les résultats que nous avons obtenus. Nos expériences ont porté au total sur six antiseptiques différents : l'iodoforme, l'iodol, le di-iodoforme, la résorcine, l'hydronaphtol, l'aristol.

Nous prendrons séparément chacun de ces antiseptiques en vous indiquant les proportions que nous avons employées, ainsi que le degré de durcissement de la dentine obtenu.

1° *Hydronaphtol.* — Poudre, 2 parties ; hydronaphtol, 1. Le mélange se laisse bien malaxer, devient très dur et reste parfaitement homogène, sans grumeaux. Pas de douleur en l'introduisant dans la cavité. Résultats éloignés excellents, arrêt de la carie et formation d'une couche très dense de dentine secondaire.

2° *Iodol.* — Poudre, 3 parties; iodol, 1. Bon mélange, durcissant rapidement. Homogénéité complète, dureté un peu moindre qu'avec l'hydronaphtol, pas d'odeur, pas de douleur, un peu de tendance à changer de teinte avec le temps.

3° *Aristol.* — Poudre, 3 parties ; aristol, 1. Bon mélange, bien homogène, durcissant rapidement, sans grumeaux ; moins dur que le précédent ; pas d'odeur ni de douleur, mais ce mélange ne peut guère s'employer sur les dents de bouche que dans la bouche des fumeurs à dents jaunes ou sur les grosses molaires.

4° *Di-iodoforme.* — Poudre, 2 parties ; di-iodoforme, 2 parties. Bon mélange, durcissant vite, légèrement grumeleux. Dureté très grande, pas de douleur ni d'odeur, résultats éloignés excellents.

5° *Iodoforme.* — Poudre 5, iodoforme 1. Bon mélange, durcissant lentement, bien homogène ; ne peut guère s'employer que pour l'obturation des canaux à cause de son odeur désagréable.

6° *Résorcine.* — Poudre 2, résorcine 0,5. Mélange difficile à faire, mais devenant excessivement dur, inutilisable par suite de cristaux d'aiguille de résorcine, qui se forment continuellement à la surface.

Nous venons de vous indiquer, par ordre de préférence, les antiseptiques que nous avons utilisés pour assurer une antisepsie continue. Nous sommes persuadé que, si vous voulez tenter les expériences que nous vous signalons, vous serez vous-mêmes étonnés des résultats obtenus. Nous n'avons eu à examiner que 4 ou 5 cas de dents obturées avec l'iodol et l'aristol et les résultats au point de vue de l'arrêt de la carie étaient identiquement semblables à ceux obtenus avec l'hydronaphtol.

Avant de terminer la description des avantages que présentent les ciments, nous devons dire deux mots des mélanges de ciment et d'alliage, de ciment et d'amalgame, de ciment et d'étain, ainsi que de l'association de l'or au ciment.

Le Dr Parker, de Brooklyn, préconisa le premier, vers 1883, la combinaison ou plutôt l'association de limaille d'amalgame au ciment, et, après cinq années d'expériences, il trouve que ce mélange est supérieur à toutes les autres obturations plastiques. Ce mélange est beaucoup plus dur que le ciment seul et peut, d'après l'auteur, s'employer avec grand avantage même dans les cas où l'on se trouve très près de la pulpe. Le Dr Parker affirme qu'il ne se produit même pas d'impressions thermiques, la combinaison n'étant ni un ciment ni un amalgame, mais il ajoute qu'il faut préparer soi-même l'alliage ainsi que le ciment.

Voici la composition de ceux-ci :

Alliage....	Argent.................	40 parties
	Etain....................	60
	Platine................	3
Ciment....	Oxyde de zinc..........	200 parties
	Borax...................	5
	Silex....................	8
	Verre pulvérisé.........	6
	Acide phosphorique, q. s. pour dissoudre jusqu'à la consistance de la glycérine.	

L'auteur recommande l'emploi d'un mortier pour bien mélanger les substances.

Nous avons tenté jadis quelques essais avec ce procédé et les résultats ont été assez bons. Cependant, ce que l'on peut reprocher à ce mode d'obturation, c'est que, tout en étant plus dur que du ciment ordinaire, ce mélange finit par s'user à la longue et il ne reste plus dans la cavité que les parcelles de métal.

D'un autre côté on a essayé le mélange d'amalgame proprement dit et de ciment. Cet essai a été fait en 1890 en Allemagne par le Dr Wilhelm Sachs, de Breslau. Il mélangeait l'amalgame à la manière ordinaire, en évitant un excès de mercure et en ayant soin d'obtenir un mélange plus clair que le ciment ordinaire. La quantité d'amalgame à employer doit être du tiers de la masse environ. Les expériences que nous avons faites de ce procédé ne nous ont rien donné de bien concluant et ces obturations subissent le sort des ciments ordinaires; cependant, pour fixer les tubes de pivots à gaine ou pour les dents à pivots fixées à demeure, on peut tirer de ce moyen un excellent parti.

En 1887, le Dr Beltrami avait préconisé, lui aussi, l'emploi d'amalgame associé au ciment. Il procédait de la façon suivante : ayant bien trituré son amalgame, que celui-ci fût de l'amalgame de cuivre ou de l'amalgame ordinaire, il en prenait environ le quart, en ayant soin de bien chasser tout le mercure. Puis il préparait son ciment comme à l'ordinaire avec cette première portion et, cela fait, il ajoutait rapidement le reste de l'amalgame contenant un excès de

mercure et mélangeait le tout. Il obtenait d'excellents résultats, tant comme durée que comme dureté.

Paul Dubois, dans son cours de thérapeutique spéciale, dit au sujet du mélange de ciment et d'amalgame : « Les matières peuvent se mélanger de plusieurs manières :

1° En ajoutant de l'alliage pour amalgame à la poudre du ciment ;

2° En faisant isolément amalgame et ciment, puis en les mélangeant à l'état de pâte plastique;

3° En juxtaposant une obturation au ciment sur une base d'amalgame. »

Il recommande tout particulièrement l'emploi de la deuxième méthode pour le scellement des couronnes et des pivots et pour l'obturation des grandes cavités de faces postérieures des molaires.

Parlons un peu maintenant des obturations au ciment et à l'étain.

Paul Dubois, en 1894, présenta à la Société d'Odontologie de Paris un travail sur l'utilité de combiner dans certains cas le ciment à des cylindres d'étain. Il recommandait particulièrement ce mode d'emploi dans les caries des dents antérieures, les caries interstitielles remontant au niveau du collet, afin d'éviter les récidives si fréquentes dans ces régions. Il plaçait l'étain à la base de la cavité, c'est-à-dire à la partie qui se trouve la plus rapprochée de la gencive, tassait bien ses cylindres et finissait son obturation au ciment. Il obtenait ainsi d'excellents résultats. Ce n'était pas à proprement parler une combinaison, c'étaient plutôt deux obturations superposées.

Disons enfin quelques mots du service que peut rendre le ciment lorsqu'il est associé à l'or.

M. Barrié, pour fixer ses coiffes d'or lorsqu'il s'agit de reconstitution d'une dent, emploie, au lieu de gutta-percha, du ciment ordinaire assez liquide dont il remplit aux trois quarts la cavité qu'il veut ensuite terminer avec sa coiffe. Dans ce cas, le ciment doit être mélangé semi-liquide, de façon à prendre lentement et à pouvoir bien pénétrer à travers les griffes soudées à la plaquette d'or, lesquelles griffes ont pour but d'assurer une fixation complète.

Nous ne parlerons pas de l'utilité du ciment dans l'obturation des canaux radiculaires. Vous connaissez tous la manière de l'employer et cela nous entraînerait trop loin. Disons cependant que, dans ce cas, l'association d'un antiseptique comme ceux que nous avons indiqués est non seulement utile, mais absolument nécessaire. Il faudra donc prendre la précaution de mettre une proportion d'antiseptique plus faible, de façon à permettre au mélange de durcir très lentement.

Par ce que nous venons de dire, vous voyez que la vulgaire obturation au ciment peut quelquefois nous rendre des services énormes. Nous vous avons signalé les avantages de cette matière obturatrice ; si vous le voulez bien, parlons un peu maintenant des inconvénients qu'elle entraîne.

Si les avantages que présentent les matières obturatrices plastiques sont nombreux, les inconvénients sont, eux aussi, en assez grand nombre. Tout d'abord le premier venu peut prétendre savoir et peut faire un ciment. Nous ne disons pas qu'il le fera bien, nous disons seulement qu'il le fera, quitte à le voir tomber le lendemain, quelquefois le jour même. C'est pourquoi bien des personnes à qui nous proposons des obturations plastiques, nous répondent : Du ciment, nous n'en voulons pas, mettez-nous de l'émail. Que sais-je encore? Voilà donc une matière obturatrice qui, malgré ses qualités réelles, jouit d'un certain discrédit auprès de la clientèle. D'un autre côté, si nous nous plaçons à un point de vue différent, nous sommes forcés de reconnaître qu'à la longue, et quelles que soient les précautions que nous ayons prises, nos obturations finissent par diminuer de volume et s'effriter.

Le Dr Fletcher, qui s'est fait une renommée universelle dans cette question, ainsi que pour tout ce qui a rapport à la métallurgie dentaire, a une opinion bien arrêtée au sujet des obturations dont nous nous occupons aujourd'hui. Il va plus loin que nous, car il dit que les ciments les meilleurs ne valent absolument rien et qu'au bout d'un certain nombre d'années on est obligé de les refaire. Il dit, et cela avec juste raison, qu'il ne faut pas seulement viser à la dureté de l'obturation, mais bien à la conservation de celle-ci au milieu des liquides buccaux. Et, à l'appui de son dire, il cite des expériences qu'il a faites et dans lesquelles il avait, entre autres, réussi à fabriquer une obturation plastique qui devenait si dure en quelques minutes qu'aucune fraise ne pouvait parvenir à l'entamer. Cette composition, qui semblait devoir réaliser le maximum de résistance par suite de sa dureté, s'usait d'une façon excessivement rapide lorsqu'on la mettait en contact avec des acides même très faibles. Et il ajoutait que celui qui réussirait à créer une obturation blanche, durcissant bien et ne se laissant désagréger ni par le frottement ni par les acides même faibles, rendrait un service signalé à la profession et gagnerait une fortune énorme. Il terminait en disant que les matières obturatrices qui lui avaient donné les meilleurs résultats étaient des combinaisons de phosphates d'étain et de divers composés d'alumine et de silice, ou encore une pâte neutre de phosphate d'étain mélangée avec une poudre contenant de l'alumine et de la silice avec une trace de chaux et de potasse.

Ces produits doivent être employés absolument purs, mélangés et fondus au rouge blanc et réduits en poudre impalpable. On obtient ainsi un ciment résistant à tous les dissolvants, acides et alcalis, et offrant une plus grande résistance que l'émail de la dent. Le produit obtenu est si ressemblant à la matière d'une dent naturelle qu'on ne peut remarquer aucune différence, à moins d'un examen très minutieux. Cependant ce produit, qui, comme nous le disons, résiste aux acides et aux alcalis, se dissout encore assez rapidement dans la bouche. Pourquoi ? Nous laissons à d'autres le soin de répondre.

Il ne nous reste plus qu'à vous dire quelques mots des expériences qui avaient été faites en 1891 par un de nos confrères, M. Douzillé, pour voir quelle était l'action des solutions acides faibles sur les obturations au ciment.

Les solutions employées étaient à trois titres différents, savoir :

Acide chlorhydrique	1/100	1/500	1/1000.
Acide acétique	»	»	»
Acide lactique	»	»	»

Dans ces solutions M. Douzillé plongea, en notant les dates d'immersion, des cylindres de ciment. Les marques qui avaient été employées étaient : le Poulson, le Friese, le Simon. Les expériences durèrent 34 jours.

Au bout de 20 jours, le Friese dans les solutions d'acide chlorhydrique à 1/100 et à 1/500 était complètement désagrégé, le Poulson très altéré et le Simon en poudre impalpable.

Les autres résultats obtenus ne sont pas donnés par suite du peu de temps qu'ont duré les expériences. Cependant, l'auteur est absolument convaincu que, contrairement à l'idée émise par la plupart des praticiens, le ciment résiste mieux dans des salives acides que dans des salives alcalines.

Je m'arrête ici, impatient que je suis de voir s'ouvrir la discussion des quelques notes que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre et vous remerciant d'avoir bien voulu me prêter toute votre attention pendant le temps qui m'a été accordé par le règlement.

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

RÉFLEXIONS SUR L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT DENTAIRE DE FRANCE

Par M. le Dr Claude MARTIN.

Allocution prononcée à la réunion de la

SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU RHÔNE ET DE LA RÉGION

le 23 janvier 1897.

Mon intention n'était pas de vous faire un discours, mais je crois cependant qu'au début de cette Association, dont vous m'avez fait l'honneur de me nommer président, il est de mon devoir de vous exposer quelques réflexions et quelques idées que je crois utiles au bien de notre profession.

Je dois adresser ma première parole à ceux qui, au début de notre œuvre naissante, ont déployé leurs efforts pour la mener à bien. Je crois être l'interprète des sentiments de tous les membres de l'Association en adressant à M. le Dr Paillasson nos remerciements sincères, pour avoir bien voulu dès les premiers jours en accepter la présidence

et lui apporter l'appui de son expérience et de son autorité. Nous ne pouvons que regretter que ses occupations ne lui aient pas permis de continuer plus longtemps ces fonctions, qu'il était, mieux que tout autre, apte à remplir pour le bien de tous.

Je remercie aussi M. le Dr Guillot de son heureuse initiative qui a réussi à grouper non seulement les plus convaincus, mais encore les plus hésitants.

Je dois avouer que j'étais de ces derniers et que je reçus sans enthousiasme l'exposé du projet d'association dont M. Guillot nous fit part. Je craignais alors qu'il ne fût très difficile de grouper en une seule et même société les éléments nombreux et si divers qui représentent à Lyon et dans la région l'exercice de l'art dentaire. Je dois reconnaître que mon erreur était complète. L'événement a démontré que mes doutes étaient mal fondés. Ce que je croyais irréalisable dans notre ville de Lyon, non seulement était possible, mais existe réellement aujourd'hui. L'Association des dentistes du Rhône, à peine née, est déjà puissante par le nombre, et ce nombre nous assure de sa force. Elle peut maintenant marcher droit à son but.

Quel est ce but ? Comment devons-nous comprendre la tâche que notre Société doit s'imposer?

Le but élevé de cette Association est d'établir entre tous ceux qui exercent légalement l'art dentaire des liens de solidarité étroite, d'entretenir la concorde, de développer parmi nous l'esprit de conciliation et, par notre union, maintenir la dignité de notre profession.

Il serait aussi à souhaiter qu'il régnât parmi nous un large esprit de tolérance et que nous ne vissions pas se produire à Lyon des faits aussi regrettables que ceux dont nos confrères de Paris ont été témoins ; à l'encontre des réclamations qui se sont produites, je suis d'avis qu'il est juste de laisser à tous nos confrères l'usage de l'anesthésie locale. D'ailleurs cette thèse a été développée cette année au Congrès de Nancy et y a réuni la majorité des suffrages. J'applaudis des deux mains à cette résolution et je trouve qu'il ne conviendrait pas de refuser à nos confrères non diplômés l'usage des anesthésiques locaux n'ayant pas d'action générale ou toxique.

Voilà donc un premier but que poursuit notre Société, et nous pouvons le résumer en ces trois mots : conciliation, concorde, tolérance.

Le second but, que je considère comme aussi important, est la défense de nos intérêts professionnels. Le temps n'est plus où n'importe qui pouvait se livrer avec quelque hardiesse à la pratique de notre art. La loi du 30 novembre 1892, en réglementant l'exercice de la chirurgie dentaire, a donné des devoirs à ceux qui la pratiquent, mais elle leur donne aussi des droits. La loi exige du chirurgien-dentiste des preuves de sa capacité et de son savoir, elle couvre de son visa, en lui délivrant un diplôme, le titre de chirurgien-dentiste, qu'elle n'accorde qu'à ceux qui ont montré par leurs examens probatoires qu'ils en sont dignes.

Maintenant, me sera-t-il permis de dire à ceux de nos jeunes collègues qui, n'étant pas encore suffisamment préparés pour exercer l'art dentaire, ont voulu néanmoins profiter de la loi de 1892, qu'il leur faudra beaucoup de travail pour arriver à se maintenir au niveau de ceux qui, du même âge, mais moins heureux qu'eux, sont obligés de se soumettre aux exigences universitaires nouvelles ?

Il appartient à ceux qui, jeunes encore, sont entrés dans la profession à la veille de 1892, de profiter de leurs quelques années d'avance pour montrer par leur énergie au travail, leur respect de la dignité profes-

sionnelle, que non seulement ils ne veulent pas déchoir, mais qu'ils ne veulent pas être dépassés.

Dans l'état actuel, toute personne qui, sans être munie d'un diplôme, pratique publiquement l'art dentaire depuis la promulgation de la loi, doit être considérée comme exerçant illégalement cet art. Ce sont ceux-là que nous devons poursuivre judiciairement, jusqu'au jour où ils se seront mis en règle avec la loi.

Enfin, il est un troisième but que doit se proposer notre Société et qui, quoique distinct des rapports de cordialité ou de la défense des intérêts professionnels, n'en a pas moins une utilité que personne ne songerait à méconnaître : développer parmi nous l'intérêt purement scientifique, nous inciter à chercher, ou au moins à noter, les faits intéressants et à en faire profiter nos confrères. C'est pour cela qu'il est utile que la Société se réunisse tous les mois, afin que chacun puisse exposer ses observations, échanger des réflexions, prendre part aux discussions et demander au besoin l'avis de ses collègues pour des cas rares et difficiles.

L'exemple des sociétes médicales fondées uniquement dans ce but et l'excellence des résultats obtenus par elles ne peuvent que nous inciter à entrer dans cette voie. Cherchons à faire de notre Société un petit centre scientifique lyonnais, qui prendra rapidement, j'en suis convaincu, un rang honorable, et cet honneur reviendra, non seulement à quelques privilégiés, mais aussi dans une large part à la Société tout entière. Nous créerons ainsi entre nous une certaine émulation. Nos réunions mensuelles nous permettront de nous voir, d'échanger nos idées, et tous nous trouverons dans ces causeries confraternelles un moyen facile et agréable de tenir nos connaissances scientifiques au courant des données les plus récentes.

Nous n'ignorons pas que nous avons beaucoup de chemin à faire pour atteindre en odontologie le niveau scientifique élevé auquel sont arrivées de nos jours en médecine les sociétés médicales lyonnaises. Mais grâce à nos efforts, peut-être parlera-t-on un jour dans l'art dentaire d'une Ecole lyonnaise, comme on parle aujourd'hui de l'Ecole lyonnaise dans les sciences médico-chirurgicales.

Notre organisation nouvelle est donc parfaitement de nature à sauvegarder nos intérêts professionnels. Mais la loi de 1892, par son application, peut-elle donner à notre profession les garanties qu'on est en droit d'en attendre, soit pour le recrutement, soit pour l'instruction de ses membres, ou au contraire, par la direction imprimée aux études professionnelles pures, ne va-t-elle pas à l'encontre du but qu'elle se propose ? C'est ce qu'il est bon d'examiner maintenant.

Les praticiens de l'art dentaire se recrutent de deux façons ; d'une part parmi les docteurs en médecine, qui font de l'art dentaire une spécialisation médicale que leur diplôme leur donne le droit d'exercer dès le lendemain de la soutenance de leur thèse ; et d'autre part parmi des jeunes gens qui, apprentis pendant de longues années chez un chirurgien-dentiste, ou élèves dans une école dentaire, subissent des examens probatoires dont le succès leur donnera le droit à l'exercice de la profession. Ces deux modes de recrutement répondent-ils à toutes les exigences professionnelles du chirurgien-dentiste ? C'est ce qu'il convient d'examiner pour chacun d'eux.

Les docteurs en médecine embrassent l'art dentaire comme une spécialité médicale. Or, je ne crois pas que d'une façon absolue notre profession doive être considérée comme telle. Tout le monde sait depuis longtemps qu'il lui faut d'autres aptitudes. Il est bien évident aussi

que ce n'est pas vers l'âge de 25 à 26 ans (sauf quelques exceptions) que l'on peut arriver à acquérir les qualités nécessaires pour pratiquer toutes les opérations que l'exercice de l'art dentaire exige journellement. Ces qualités techniques ne peuvent être acquises que par un assez long apprentissage, tout à fait en dehors du cadre des études médicales.

Comme le dit notre confrère le Dr Salamon, de Budapest : « Des docteurs en médecine qui ont consacré la partie la plus précieuse de leur vie à des études théoriques, développant principalement les capacités mentales, ne peuvent pas devenir en un clin d'œil des dentistes, c'est-à-dire des hommes qui n'ont pas seulement besoin à un certain degré des sciences médicales, mais aussi d'un perfectionnement technique, artistique et industriel. »

Cette idée de notre confrère hongrois est aussi la mienne. Il suffit de voir que, dans les Facultés de médecine, aucun cours, aucune clinique n'aborde l'odontologie, et qu'elle se réduit, en somme, à un court chapitre enclavé dans les manuels de petite chirurgie. Cette critique n'est que l'écho des réflexions déjà émises par bien des maîtres en notre art.

Ces connaissances spéciales, cette éducation de la main, il faut que les jeunes docteurs les acquièrent quelque part ; aussi voyons-nous ceux qui ont conscience que leurs connaissances sont incomplètes aller puiser à l'étranger l'instruction nécessaire pour qu'ils se sentent capables d'affronter la pratique dentaire. Bien rarement nous voyons un docteur en médecine aller compléter son éducation technique dans une école libre de France. Ils vont de préférence aux écoles dentaires de l'étranger et ils iront longtemps encore puisque, dans notre patrie, l'Université ne peut leur fournir un enseignement qui leur permette d'acquérir et de compléter leur bagage technique. Ce séjour à l'étranger, loin de son milieu familial, est coûteux, souvent peu agréable. Aussi ces jeunes docteurs consacrent-ils le minimum de temps nécessaire à leurs études odontologiques et reviennent-ils parfois sans avoir pu les faire aussi complètes qu'ils l'eussent souhaité. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est autant de perdu pour l'enseignement national. Ainsi donc, défaut d'enseignement technique à la Faculté, difficulté d'acquérir cet enseignement en France (point sur lequel nous reviendrons tout à l'heure), tels sont les deux écueils que rencontrent les docteurs en médecine avant d'aborder la pratique de l'art dentaire.

En dehors des docteurs en médecine, c'est parmi les apprentis des chirurgiens-dentistes et les élèves des écoles dentaires que se recrutent les membres de notre profession. Les premiers comme les seconds doivent subir l'examen que la loi leur impose. Je me permettrai de critiquer quelque peu ces examens. Il y a vraiment un contraste étrange entre les questions posées aux candidats et les connaissances nécessaires à la pratique de l'art dentaire. Tout ou presque tout y est sacrifié à la partie théorique; l'habileté manuelle, la connaissance de la technique sont laissées dans l'ombre, et il semble vraiment que cette loi ait été faite plutôt contre l'enseignement professionnel que pour le favoriser. Tout en reconnaissant que, parmi les candidats, un certain nombre sont déjà rompus à tous les détails de la technique, il faut avouer aussi qu'il en est d'autres pour lesquels le peu de temps passé à leurs études professionnelles n'est pas une garantie suffisante pour que l'Etat, qui leur délivre un diplôme, ne cherche pas à s'assurer lui-même par un examen de technique de leur capacité à exercer leur art.

Je sais bien que nous sommes actuellement dans une période de tran-

sition où des techniciens expérimentés viennent se soumettre à la loi nouvelle ; point n'est besoin d'exiger de ceux-là des preuves d'un savoir technique reconnu de tous. Mais il n'en est pas de même des nouveaux venus dans la profession.

Cela ne veut pas dire que je repousse l'instruction médicale qu'on exige du candidat au titre de chirurgien-dentiste; je dirai même que le temps qu'on y consacre n'est pas trop long, étant donné l'étendue de ce programme. Je désirerais seulement un choix plus judicieux dans le développement des questions, une orientation plus franche vers le but déterminé, qui est celui de faire des chirurgiens-dentistes.

Qu'on exige, par exemple, une connaissance approfondie de l'anesthésie générale, puisque, bien à tort selon moi, elle est dans le cadre de l'enseignement ; que tout ce qui en médecine a un lien important avec la chirurgie dentaire soit étudié longuement, je l'admets, mais il importe que l'on effleure seulement ce qui ne touche en rien à cet art. Faire autre chose, c'est ne donner à ces jeunes gens qu'une teinture superficielle des sciences médicales, tout en leur laissant croire qu'ils les possèdent.

La plupart des dentistes ont accueilli avec une véritable joie la réforme et la réglementation de l'exercice de l'art dentaire. Tous croyaient que dès lors les études concernant purement notre art allaient largement se développer, les connaissances médicales ne constituant en quelque sorte qu'une garantie morale.

J'ai parlé tout à l'heure de l'anesthésie générale. Permettez-moi d'y revenir un instant. Pensez-vous qu'elle soit vraiment indispensable aux dentistes ?

La médecine nous apprend qu'il faut être au moins deux pour faire une anesthésie générale. Il faudra toujours avoir un aide, et un aide expérimenté. Il était donc plus rationnel de laisser comme par le passé la pratique de l'anesthésie aux docteurs qui en ont une grande expérience. On aurait ainsi supprimé de l'enseignement un long chapitre, tout en donnant plus de garanties à une opération qui, quoi qu'on en dise, exige pour être bien conduite une pratique journalière.

Pour ma part, je crois qu'il faut abandonner à la chirurgie générale quelques opérations, qui gagneraient à être pratiquées par des chirurgiens, plutôt que de chercher à les faire rentrer dans la pratique dentaire.

Telles sont les deux réflexions principales que m'inspire l'état actuel de l'enseignement de l'art dentaire :

1° La difficulté de l'initiation technique des docteurs en médecine qui, sortant du giron des Universités, sont peu disposés à entrer dans une école libre ;

2° La complexité des examens probatoires exigés des candidats au diplôme de chirurgien-dentiste, qui semblent vouloir faire d'eux bien plus des médecins incomplets que des dentistes accomplis.

Ceci me conduit à étudier quelles réformes il me semblerait convenable d'introduire dans les examens et surtout dans l'enseignement. Je vous ai dit tout à l'heure ce que je pense de la réforme des examens, et je me résumerai simplement en disant : moins de théorie médicale et plus de technique opératoire. Quant à l'enseignement, je crois devoir insister plus longuement.

La création des écoles dentaires a été certes une date heureuse dans l'histoire de notre art, et loin de moi la pensée de nier les résultats qu'elles ont donnés. Elles ont été le premier pas fait dans le relèvement de l'enseignement professionnel. Elles ont, par conséquent, donné

à leurs élèves un relief que, à une époque déjà éloignée de nous, le dentiste était loin de posséder. Elles ont, en démontrant l'importance de l'odontologie et ses difficultés, attiré sur notre profession l'attention des pouvoirs publics et conduit les législateurs à promulguer la loi de 1892, d'où datera en quelque sorte la renaissance de l'art dentaire. Les écoles dentaires libres, dont le rôle fut si important, puisqu'elles constituèrent le premier noyau de l'enseignement national, eurent un tort : refuser le progrès et méconnaître qu'il puisse exister un enseignement possédant aux yeux du public un prestige supérieur au leur. Elles ont voulu et veulent encore absorber à leur profit l'enseignement de la chirurgie dentaire. Leur but est de s'opposer de toutes leurs forces à la création d'un enseignement officiel de l'odontologie par l'Etat, qui les ferait d'un seul coup passer au second rang. Un enseignement officiel me semble cependant devoir présenter aux yeux du public un bien autre prestige.

Croyez-vous que, si l'enseignement de la médecine était libre en France, le titre de docteur en médecine serait aussi universellement estimé ? La réponse n'est pas douteuse. Nous avons bien en France des écoles libres de droit ; mais, je vous le demande, de quel éclat brillent-elles à côté de l'enseignement des Universités de l'Etat ? Si quelques-unes tiennent un rang honorable, toutes pâlissent devant l'enseignement universitaire. C'est là un fait indéniable et qui est la conséquence fatale du caractère français. En France, nous voulons des garanties, et les plus hautes que nous reconnaissions, à tort ou à raison, sont celles de l'Etat devant lesquelles tout le monde s'incline et que tout le monde accepte. Le peuple de France n'est point le peuple d'Amérique, et si à une période encore obscure et indécise de l'histoire de notre art, nous avons bien fait d'aller de l'avant en créant à l'exemple des Américains des écoles libres, nous aurions mieux fait d'aller plus avant encore, de reconnaître les inconvénients de leur système, et de créer un enseignement professionnel universitaire. Cette réforme de si haute portée, sur le point d'éclore puisque le gouvernement demandait des crédits pour son organisation, a avorté misérablement sous l'effort des écoles libres coalisées et ne pouvant se résoudre à passer au second plan dans un rôle secondaire. C'est ainsi qu'au moment où la loi nouvelle allait porter l'enseignement de l'art dentaire à son maximum de développement et lui donner au dehors un prestige sans égal, des manœuvres difficiles à qualifier, et surtout incompréhensibles de la part de ceux qui avaient toujours lutté pour le relèvement de notre profession, vinrent annihiler quinze années d'efforts persévérants. La création de l'enseignement officiel, qui est encore aujourd'hui la terreur des écoles libres, est néanmoins la seule voie de salut et d'élévation pour la chirurgie dentaire.

Sur quelles bases créer cet enseignement officiel pour les chirurgiens-dentistes ?

Je ne demande pas ici qu'il soit absorbé dans le programme des études médicales. Je crois qu'il gagnerait à être adjoint aux Facultés de médecine, juxtaposé à leur enseignement général, *sans se confondre* avec lui, constituant une sorte d'école annexe, ouverte tout à la fois à ses élèves particuliers, les chirurgiens-dentistes, et aux étudiants en médecine générale désirant étudier la spécialité de l'odontologie, comprenant des cours théoriques, une clinique dentaire, des travaux pratiques universitaires, donnant à la technique une part considérable dans l'enseignement.

Dans les études médicales actuelles on tend de plus en plus à faire

pratiquer et répéter aux élèves les opérations de grande et de petite chirurgie qui leur seront nécessaires dans la pratique courante. Cette tendance se manifeste par la multiplication des travaux pratiques, qui n'existaient pour ainsi dire pas dans l'enseignement ancien.

Travaux pratiques de médecine opératoire, de bandages, d'opérations obstétricales, de médecine légale, etc., tout cela est né depuis quelques années seulement, au grand profit des élèves. Or, si en chirurgie l'éducation manuelle est beaucoup, en art dentaire elle est presque tout ; c'est pourquoi j'insiste sur ce point qu'il faut dans une école dentaire diriger le plus possible l'enseignement vers l'éducation technique et donner à celle-ci le rôle prépondérant.

Permettez-moi de vous énumérer les avantages que je trouverais à un enseignement ainsi compris.

Le premier de tous, et j'y ai déjà suffisamment insisté, est de donner aux jeunes chirurgiens-dentistes l'avantage de la garantie officielle de leurs études faites sous des maîtres relevant de l'Université. Il n'est pas douteux que, sous cette influence, la profession de dentiste ne prenne rapidement le rang plus élevé auquel elle a droit.

Le second avantage est l'instruction plus solide qu'y recevront les élèves.

Le voisinage de l'Ecole dentaire et de la Faculté permettra aux élèves de l'école munis des diplômes nécessaires et désireux de faire leurs études médicales, de mener de front ces études avec celles qui leur sont indispensables pour pratiquer plus tard l'art dentaire. Avec quelques heures par jour passées à l'Ecole et à la clinique dentaire, ils pourront arriver à posséder des connaissances spéciales suffisantes et, à la fin de leurs études médicales, qui sont au minimum de quatre à cinq ans, ils seront initiés complètement à la technique. Il en résultera pour eux une économie de temps considérable, et le temps étant pour la technique un facteur essentiel, quel est, je vous le demande, dans l'état actuel, le docteur en médecine qui, ses études médicales terminées, consentira à consacrer quatre ans à son éducation manuelle ? Aucun, j'en suis persuadé, et cependant il faut bien au moins cela pour faire un bon technicien. Il se résignerait plus facilement (et ce serait logique) à passer à la fin de ses études médicales, en même temps que les examens de clinique, une épreuve de technique dentaire.

Les liens étroits entre la Faculté et l'Ecole dentaire auront encore un autre avantage : celui de faire vivre les étudiants de cette Ecole dans un milieu plus médical, d'élever leur niveau intellectuel en les incitant à acquérir des connaissances générales. Peut-être même, et ce serait une bonne chose, quelques-uns d'entre eux seront-ils poussés à faire leurs études médicales en même temps que leurs études dentaires. Je vous ai dit, il est vrai, que je trouve exagéré d'exiger des candidats au titre de chirurgien-dentiste des connaissances médicales étendues, au détriment des connaissances techniques de l'art dentaire : c'est qu'il faut d'abord exiger du dentiste qu'il soit un bon technicien ; mais cette exigence satisfaite, nous ne pouvons que souhaiter ensuite qu'il ait le plus possible de connaissances médicales.

D'ailleurs, il ne faut pas se le dissimuler, cette profession a de la tendance a être absorbée complètement par les docteurs en médecine ; c'est une raison de plus pour imposer aux candidats les épreuves techniques.

Il faut en toute chose une juste mesure et, comme le faisait remarquer M. Brouardel, « quand l'Etat donne le bonnet de docteur, cela ne signifie point que celui qui le reçoit connaît les maladies des yeux,

des oreilles, des dents, mais seulement qu'il a les connaissances générales nécessaires pour apprendre ultérieurement à les traiter ». Cette réflexion de l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, juste au fond, demande cependant à être mieux développée. En dentisterie, à côté de la science, il y a l'art; à côté de l'intelligence, il y a la main; à côté du livre, il y a l'outil. Un ingénieur peut connaître toutes les théories de la mécanique et être incapable de faire de ses mains une pièce de machine. Un architecte peut construire sur le papier un superbe édifice sans savoir tailler une pierre ou la cimenter d'aplomb. En art dentaire, il faut être ingénieur et forgeron, architecte et tailleur de pierre ; il faut que la main puisse modeler ce que l'esprit a conçu ; l'art est lié au métier d'une façon indissoluble. Tel est le type d'enseignement qui est réalisé dans les Ecoles professionnelles d'Aix, de Châlons, etc. Il faut en somme que le savant soit ouvrier et que l'ouvrier soit savant. Ceci me conduit à examiner la situation qui est faite par la nouvelle loi à des auxiliaires qui nous sont bien précieux, à nos mécaniciens.

Avec la loi actuelle il est certain que ceux qui embrasseront cette profession seront obligés, à quelques exceptions près, de limiter leur ambition à être mécaniciens. Faire un pas plus avant leur sera pour ainsi dire impossible; ils n'auront plus la perspective de s'établir dentistes à leur tour. Ces conditions ne sont guère favorables pour attirer à nous des intelligences que nous devrions savoir au contraire drainer à notre profit. Beaucoup de ces jeunes gens pourraient, grâce aux dispositions naturelles qu'ils possèdent, rendre de signalés services à une profession qui exige de celui qui la pratique des qualités si différentes, une grande dextérité manuelle, une intelligence éveillée, un sens artistique développé. Faut-il donc fermer pour toujours à nos premiers mécaniciens la barrière universitaire et les confiner dans leur horizon d'ouvrier et même d'ouvrier artiste ? Je crois que ce serait là une faute très préjudiciable à l'essor artistique de la dentisterie. Il faut, au contraire, encourager le plus possible la formation de ces assistants, de ces techniciens émérites, de ces artistes ; car leur rôle, obscur en apparence, est au contraire grand dans notre profession. A eux de conserver, à eux de transmettre à ceux qui nous suivront, les traditions artistiques qui sont leur œuvre, les finesses et les tours de main qui leur permettent de concevoir et d'exécuter d'admirables travaux, qui sont en somme la partie la plus difficile de notre profession. Il faut que ces anciens apprentis, dont le travail et l'expérience ont fait des maîtres, puissent à leur tour former de nouveaux apprentis. Pour cela il faut que ce titre de maître, qui leur appartient en réalité, soit consacré par les pouvoirs publics et qu'ils puissent eux aussi devenir des chirurgiens-dentistes.

Comment donc leur ouvrir cette barrière ? Il y a un moyen qui n'est pas jeune, puisque les anciennes corporations l'employaient, sous une autre forme il est vrai, et ce moyen, c'est le concours qui permettrait de recevoir parmi nous nos meilleurs auxiliaires. Seuls pourraient aborder ce concours ceux qui justifieraient d'un stage d'au moins douze à quinze ans dans notre profession. Les lauréats seraient dispensés du diplôme d'études réglementaire, admis à suivre les cours théoriques et pourraient ainsi, ayant fait la preuve de leur mérite, parvenir au grade de chirurgien-dentiste.

Il est enfin un dernier vœu que je tiens à formuler devant vous, vœu concernant le service militaire des jeunes gens qui se destinent à l'art dentaire. Il serait prématuré, je crois, de demander la réduction

de la période d'instruction militaire à un an. Les écoles libres l'ont tenté sans résultat et je doute qu'il soit possible de l'obtenir sans la création d'un enseignement officiel de l'odontologie.

Il serait à désirer cependant que ces jeunes gens ne subissent pas une aussi longue interruption dans leurs études. Pour cela, il suffirait d'utiliser leurs connaissances et de leur permettre de pratiquer leur art dans l'armée. On utilise bien les boulangers, les cordonniers, les étudiants en médecine et ils rendent dans les corps de troupe de réels services; pourquoi n'en ferait-on pas de même des dentistes? Dans une étude récente sur la chirurgie dentaire dans l'armée, notre confrère M. Monnin (du Mans) émet déjà cette idée et montre que ces élèves pourront être d'une grande utilité aux médecins militaires.

Le matériel de chirurgie dentaire dont dispose le service de santé est en effet à peu près suffisant et ne demande qu'à être utilisé. Comme le fait judicieusement remarquer notre confrère, s'il est vrai qu'on ne peut dans l'armée s'attarder à de trop longs traitements conservateurs, il ne faut pas cependant réduire cette chirurgie à la simple avulsion des dents, et il serait facile de faire des obturations rapides pour les caries du 1er et du 2e degré. Tout le monde aujourd'hui est soldat, et l'Etat a le devoir d'assurer aux citoyens dans l'armée les soins qui leur sont nécessaires, puisqu'ils n'ont le plus souvent ni le temps ni les moyens de se confier à un praticien. On pourrait sauver ainsi bien des dents et éviter au soldat bien des souffrances.

Cette combinaison serait, je crois, de nature à satisfaire tout le monde, y compris les médecins militaires, heureux de se débarrasser d'une besogne souvent fastidieuse et dont ils ne conserveraient plus ainsi que la direction. Les élèves-dentistes y trouveraient des avantages immenses; non seulement ils conserveraient une adresse manuelle qu'ils ont mis parfois des années à acquérir, mais ils pourraient encore la perfectionner. Enfin, livrés un peu à eux-mêmes, engageant leur responsabilité, ils prendraient l'habitude de la réflexion, de la décision rapide qu'il faut toujours un certain temps pour acquérir. Il suffirait, je crois, d'attirer sérieusement l'attention du ministre de la guerre et de la direction du service de santé, pour voir aboutir cette réforme qui me paraît utile entre toutes.

Tels sont le programme et les idées que je tenais à vous soumettre. Si vous acceptez ces idées, je m'efforcerai de leur donner la plus grande publicité possible; soutenues et approuvées par vous, elles pèseront d'un poids plus lourd dans la balance de l'opinion. J'ai la ferme espérance qu'elles pourront ainsi triompher de toutes les résistances et qu'elles finiront par être acceptées par les pouvoirs publics.

MODIFICATIONS APPORTÉES A L'ENSEIGNEMENT DE LA PROTHÈSE A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Projet présenté par M. Martinier, Professeur suppléant de prothèse,
Et adopté par le Conseil de direction le 16 février 1897.

L'enseignement de la prothèse à l'Ecole comprend :

1° L'enseignement théorique;
2° — clinique;
3° — pratique au laboratoire.

Enseignement théorique.

Ce cours a lieu tous les mercredis de 9 à 10 heures du soir, pour les élèves des 2e et 3e années.

Enseignement clinique.

Tous les lundis et jeudis matin, de 9 à 11 heures, a lieu la consultation de prothèse dentaire, suivie de leçons cliniques sur les malades, sous la direction du professeur, assisté du chef de clinique.

Ce cours comprend :

Pour la 1re année,

Assistance à la consultation; opérations préliminaires et pose d'appareils exécutés au laboratoire de l'Ecole le matin; leçons cliniques.

Pour la 2e année,

Assistance à la consultation ; opérations préliminaires et pose d'appareils de redressement et d'appareils dentaires exécutés au laboratoire de l'Ecole ; leçons cliniques.

Pour la 3e année,

Assistance à la consultation ; opérations préliminaires; pose d'appareils de redressement, d'appareils dentaires et d'appareils de prothèse chirurgicale et restauratrice ; leçons cliniques.

Assistance à la clinique.

Il est dressé un tableau de service, classant les élèves par séries de chaque année.

Ceux-ci doivent assister à la clinique, chaque fois que le roulement établi porte leur présence.

Démonstrations pratiques à la clinique, le matin.

Tous les matins de 9 à 11 heures, un démonstrateur de prothèse fait, au laboratoire, dans la salle de clinique de prothèse, aux élèves des trois années des démonstrations pratiques ayant trait à la clinique : préparation de la bouche, prise d'empreintes et d'articulations ; essayage de pièces dentaires ; modifications à apporter aux différentes forces des appareils de redressement, retouches aux appareils, etc.

Tous les appareils destinés aux malades sont fournis absolument gratuitement.

Toutefois un tronc destiné à recevoir les oboles des malades est placé dans la salle de clinique. Les sommes recueillies servent à augmenter le fonds destiné à l'achat des substances nécessitées par la confection des appareils.

Enseignement pratique au laboratoire.

Tous les jours, de 8 1/2 à 11 h. 1/2 du matin, des démonstrations

pratiques de prothèse ont lieu au laboratoire sous la direction du professeur de prothèse assisté des démonstrateurs et du chef de laboratoire.

Cet enseignement est destiné aux élèves des trois années et aux élèves de l'enseignement préparatoire de prothèse.

Les élèves doivent assister aux démonstrations du laboratoire de prothèse à tour de rôle, classés par séries de 5 élèves pour la 2e et la 3e année et de 10 pour la 1re année.

Il est établi un roulement pour qu'ils puissent y assister une fois par semaine.

Les travaux exécutés dans la matinée au laboratoire doivent avoir trait à l'enseignement de la clinique de prothèse.

Ils comportent les opérations diverses nécessaires à la pose des appareils et la confection de ces appareils.

Démonstrations pratiques au laboratoire, l'après-midi.

Tous les jours, de 2 à 6 heures, des démonstrations pratiques de prothèse ont lieu au laboratoire sous la direction du chef des travaux pratiques du laboratoire, assisté du chef de laboratoire.

La prothèse y est enseignée à l'aide d'une série de modèles types contenant l'ensemble des cas qui peuvent se présenter dans la pratique dentaire. Sur ces modèles sont faites des pièces que l'élève doit reproduire.

Le programme est divisé en 3 années, comprenant chacune vingt séries de numéros correspondant à l'enseignement reçu.

L'élève n'est admis à passer à une série nouvelle qu'après avoir exécuté le travail de la série précédente.

L'administration ne fournit aux élèves que les gros instruments, tels que tours, machines à vulcaniser, etc. ; les autres instruments nécessaires à la confection des appareils restent à leurs frais.

Le temps passé dans le laboratoire d'un dentiste compte pour l'enseignement donné au laboratoire l'après-midi au même titre et dans les mêmes conditions que celui passé dans le laboratoire de l'Ecole, mais ne dispense pas des examens de fin d'année.

Une commission de prothèse, nommée par le Conseil d'administration, est en outre chargée du contrôle et de la surveillance de l'enseignement donné au laboratoire. Le contrôle est fait tous les deux mois au moyen de pièces exécutées sur les modèles types qui doivent toutes lui être présentées par le chef de laboratoire.

La surveillance est exercée à tour de rôle par chaque membre de la commission.

Elle est ainsi composée :

Le professeur de prothèse, président, et trois membres nommés

---

L'enseignement préparatoire de la prothèse est créé pour les jeunes gens se destinant à prendre leurs inscriptions régulières à l'Ecole dentaire lorsqu'ils auront l'âge réglementaire et pour les élèves se préparant à l'obtention du brevet de mécanicien-dentiste.

Les droits à acquitter pour l'enseignement préparatoire de prothèse sont de 200 francs par an.

chaque année par le Conseil et choisis parmi les professeurs de l'Ecole.

Personnel enseignant.

Il comprend :

Pour l'enseignement théorique, 1 professeur.
— clinique, 1 professeur chef de service.
— — 2 chefs de clinique.
Pour l'enseignement clinique, 7 démonstrateurs.
— — 1 chef de laboratoire.
Pour l'enseignement pratique au laboratoire :

Matinée.... { un professeur, assisté d'un démonstrateur. / un chef de laboratoire.

Après-midi. { un chef des travaux pratiques. / un chef de laboratoire.

Attributions.

Le professeur de prothèse, *chargé du cours théorique*, a la direction du cours de clinique et du cours pratique de laboratoire qui a lieu chaque matin. Indépendamment de ses leçons cliniques sur le malade, il s'occupe des démonstrations faites : 1° à la clinique par les chef de clinique, 2° au laboratoire par les démonstrateurs et le chef de laboratoire. Il a la responsabilité de l'enseignement de la prothèse à l'Ecole et la direction de tous les services.

Il fait passer les examens de fin d'année aux élèves ayant suivi les différents cours.

Les chefs de clinique sont chargés de la clinique de prothèse. Ils reçoivent les malades, les examinent et, après avoir indiqué le traitement prothétique aux étudiants, leur confient les malades à traiter.

Ils donnent aux étudiants les notes du carnet de prothèse en ce qui concerne les opérations diverses de la clinique de prothèse.

Les démonstrateurs de prothèse sont chargés des démonstrations cliniques de prothèse comprenant les différentes opérations nécessaires pour l'application des appareils, les retouches, modifications, etc.

Ils doivent donner aux étudiants toutes les explications nécessaires pour l'exécution et l'application des appareils.

Le chef des travaux pratiques du laboratoire est chargé de la surveillance des travaux et de l'enseignement qui est donné au laboratoire, l'après-midi.

Il donne aux étudiants les notes du carnet de prothèse, en ce qui concerne la confection des appareils exécutés au laboratoire pendant l'enseignement par séries.

Il est tenu d'assister deux fois par semaine, les mardis et vendredis de 4 à 6 heures, au travail du laboratoire et doit faire chaque jour de service une démonstration d'une heure au moins sur les travaux indiqués par le programme.

Il est tenu également d'assister chaque samedi à la clôture des travaux exécutés dans la semaine afin de contrôler l'enseignement donné et de signer le carnet des élèves.

Le *chef de laboratoire*, employé appointé, est sous la direction du professeur de prothèse.

Il remplit auprès de ce professeur les fonctions de préparateur du cours théorique auquel il est tenu d'assister.

Il est sous les ordres directs du professeur pour tout ce qui concerne l'enseignement théorique, clinique et du laboratoire pendant les matinées, et sous les ordres du chef des travaux pratiques en ce qui concerne les travaux par séries de l'après-midi.

Il doit exécuter tous les travaux que comporte le programme des cours.

Son service dure de 8 h. 1/2 du matin à 11 h. 1/2 et l'après-midi de 2 à 6 heures.

Il doit démontrer aux élèves la confection des appareils que comporte le programme et ceux qui leur sont confiés à la clinique.

Il doit veiller au bon fonctionnement du service au laboratoire, en maintenant l'ordre, et fournir un rapport au professeur sur la bonne tenue des élèves.

Il a la responsabilité des instruments, outils, matériaux fournis par l'Ecole et nécessaires aux travaux.

Il a la faculté d'exécuter pour son compte personnel des appareils à la seule condition de faire profiter les élèves de son travail en le faisant servir de démonstration. Toutefois, il lui est formellement interdit de recevoir à l'Ecole aucun patient et d'accepter la confection d'appareils pour les malades ou les élèves de l'Ecole.

Carnet de prothèse.

Il est délivré à chaque étudiant un carnet de prothèse qui comporte un certain nombre de travaux cliniques et de travaux pratiques. Le nombre des travaux est fixé chaque année.

LIVRES ET REVUES.

Manuel du chirurgien-dentiste, publié sous la direction de Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris. — *Clinique dentaire et dentisterie opératoire*, par Ch. Godon, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, avec 62 figures intercalées dans le texte. Paris, librairie J.-B. Baillière et fils.

Le quatrième volume du *Manuel du chirurgien-dentiste* vient de paraître et ce nous serait un grand plaisir d'avoir à en rendre compte, si nous n'étions gêné par notre vive amitié pour le directeur de ce journal pour dire ici tout le bien que nous pensons de son excellent traité.

C'est avant tout la résultante des préoccupations d'un professeur désireux de procurer aux élèves de l'Ecole qu'il dirige avec tant

d'éclat, l'assimilation claire, nette, rapide des problèmes parfois si ardus de la clinique. C'est aussi l'œuvre d'un technicien rigoureusement *méthodique*, rompu à l'exercice de son art et dont les judicieuses classifications feront dorénavant autorité dans l'étude des maladies de la bouche et des dents. En effet, la division adoptée des affections en quelques grands groupes permettra à l'étudiant de les différencier facilement dès le premier examen.

Aussi croyons-nous devoir engager vivement nos chefs de clinique à s'en inspirer désormais pour la simplification de leurs excellentes leçons et le grand profit de leurs auditeurs.

La *première partie* est consacrée à la CLINIQUE. Dans un premier chapitre l'auteur nous initie à la clinique générale et indique aussitôt ses applications à l'art dentaire.

Après « l'inspection clinique de la bouche », M. Godon, abordant l'étude des « symptômes cliniques des affections de la bouche », partage ces dernières en sept groupes principaux : 1° Vices de conformation; 2° Traumatismes; 3° Lésions inflammatoires et infectieuses; 4° Syphilis; 5° Tuberculose; 6° Tumeurs; 7° Névralgies et Paralysies.

Nous ne saurions trop le féliciter de l'ordre adopté. Peut-être pourrait-on lui objecter de n'avoir pas fait entrer la syphilis et la tuberculose dans le groupe des « lésions inflammatoires et infectieuses », mais le clinicien nous répondrait que les manifestations protéiformes de ces affections en font bien des entités morbides devant être traitées séparément.

Le chapitre IV décrit les « symptômes cliniques des altérations dentaires »; ces altérations sont partagées en deux grandes classes : congénitales et acquises; parmi les premières figurent les anomalies dont la division simplifiée se fait en trois grands groupes: 1° A. d'éruption; 2° A. de rangement et de nombre; 3° A. de constitution. Vient ensuite l'étude des « Traumatismes des dents », de la « Carie dentaire », etc.

La *deuxième partie* est consacrée à la DENTISTERIE OPÉRATOIRE ; mais, forcé de nous restreindre dans cette analyse nécessairement incomplète, nous ne pouvons mieux faire que de signaler à nos lecteurs le chapitre du « Traitement de la carie dentaire » dont nous commençons la publication dans ce numéro (V. page 159). Citons encore cependant le chapitre IV, qui débute par l'exposé d'une théorie nouvelle, absolument remarquable, sur « l'Extraction des dents ». Ajoutons enfin que l'auteur s'étend avec complaisance sur les précautions antiseptiques qui doivent présider à toutes nos interventions.

En résumé, nous ne saurions trop louer le fond et la forme de ce remarquable travail, accom pagné d'illustrations heureusement choisies, et nous recommandons bien vivement cet élégant volume aux étudiants ainsi qu'à nos confrères, persuadé que, comme nous, ils y trouveront plaisir et profit.

Ed. PAPOT.

NOUVELLES.

La Société d'Odontologie de Paris dans sa séance du 9 mars a exprimé le vœu que les membres du comité d'organisation du Congrès national veuillent bien retirer leur démission et les a confirmés dans leur fonction en leur adjoignant de nouveaux membres pour travailler en commun à l'organisation du Congrès de Lyon qui pourrait avoir lieu soit avant, soit après celui de Moscou. Nous espérons que, grâce au concours de *tous* ces membres, cette nouvelle manifestation de l'art dentaire français ne le cédera en rien aux précédentes.

Dans sa réunion du 23 mars le Comité du Congrès dentaire national (session de Lyon, 1897) s'est ainsi constitué :

Président du Congrès,	MM. Dr Rosenthal.
Président du bureau central,	E. Lecaudey.
Vice-président,	Ed. Papot.
Secrétaire général,	A. Loup.
Secrétaires,	Mendel Joseph, Meng.
Trésorier,	P. Stévenin.

Membres :	Godon,	Choquet,	Martinier,
	Michaëls,	D'Argent,	Dr Roy,
	Amoëdo,	Heïdé,	Viau.

La date du Congrès a été fixée aux 9, 10 et 11 août.

Nous apprenons avec un vif plaisir que M. Hélot, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine à Brest, vient d'être nommé dentiste de l'hospice civil de cette ville.

Nous souhaitons que cette nomination soit pour les chirurgiens-dentistes le signal de la reconnaissance des droits que leur confère ce titre.

La municipalité de Brest a pris une sage résolution en confiant à un *dentiste* les *maladies des dents* de ses hospitalisés.

Nous félicitons en même temps notre confrère et ceux qui l'ont nommé et nous espérons que cet exemple sera bientôt imité partout où des services d'hospitalisation existent.

Il s'est formé aux Etats-Unis, sous le nom de *Fraternity*, une association de dentistes, comptant actuellement 377 membres. Cette société, qui a pour but de fournir des centres de réunion à la profession et de créer entre les dentistes des relations d'amitié, est divisée en chapitres désignés par les lettres grecques Δ, B, Γ, Δ, E etc., ayant chacun un grand maître, un secrétaire, un trésorier, etc.

Ce groupement a un organe, le ΔΕΣΜΟΣ (lien), qui paraît quatre fois par an, en janvier, en juillet, en août et en octobre, et qui est dirigé par notre confrère et ami Louis Ottofy, de Chicago.

Nous relevons dans la liste des membres les noms bien connus de Cunningham (Cambridge), Garretson, Harlan, Kirk, Fletcher, Knapp, Taft, Younger, etc.

Nous applaudissons à cette création et nous souhaitons longue vie à notre nouveau confrère.

Nous cueillons à la quatrième page du *Journal* l'annonce suivante :

Tr. sérieux. Chir.-dentiste à Paris, 40 a. sit. aisée dés. ép. j. f. veuve de 24 à 30 a., franç. ou étr., instr., sympath. et ayant dot. Ecrire L. S. R. 41. *Journal.*

En accordant notre publicité à L. S. R. puissions-nous l'aider à trouver la jeune femme objet de ses aspirations !

AVIS

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui possèdent en double des numéros de *l'Odontologie*, anciens ou récents, de vouloir bien nous remettre les exemplaires qui ne leur sont pas nécessaires.

EN VENTE AUX BUREAUX DE L'ODONTOLOGIE :

La collection complète de la *Revue internationale d'Odontologie*, de juin 1893 à décembre 1893, 19 n^{os} au prix de 9 fr.

1er *Congrès dentaire national* (Bordeaux 1895)
Un volume broché : 3 fr.
Congrès dentaire international (Paris, 1889)
Un volume relié : 3 fr.

On désire acquérir pour la Bibliothèque de l'Ecole dentaire de Paris les LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DES DENTS, du Dr Andrieu. Ecrire à M. Bonnard, bibliothécaire, 57, rue Rochechouart.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Séance du mardi 3 novembre 1896.

Présidence de M. GODON, président.

Sont présents : MM. Bonnard, d'Argent, Godon, Lemerle, Martinier, Papot, Roy, Sauvez, Stévenin et Viau.

M. Godon propose de prendre les dernières mesures pour la séance d'inauguration, dont l'ordre du jour est ainsi fixé :

Discours du Directeur de l'Ecole. — Conférence de M. Martinier. — Rapport de M. le Dr Roy, secrétaire général. — Allocution du Président. — Remise des prix et lecture du Palmarès par M. le Président de la commission scolaire.

Les diplômes de l'Ecole seront remis aux élèves par M. le Doyen de la Faculté de médecine de Paris.

M. Prével est chargé d'organiser le lunch.

M. Bonnard présente quelques observations sur la façon dont les achats pour le buffet ont été faits en 1895.

Le bureau est chargé de faire une enquête sur les abus signalés.

M. Papot énumère les prix offerts par MM. White, Ash, Cornelsen, Simon, Joubert, Berthaux de Soissons, le Préfet de la Seine pour le

Conseil général, les médailles d'argent offertes par la municipalité du IXe arrondissement et les médailles de vermeil par M. le Ministre du commerce.

M. Poinsot, professeur de clinique, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance d'inauguration pour cause de santé et demande un congé d'un an.

M. Papot demande comme professeur de clinique un congé de six mois. Accordé. M. Roy est chargé de le suppléer.

M. Sauvez accepte de faire son cours préparatoire à la clinique pour les élèves de 1re année le samedi matin.

Les professeurs suppléants des cours préparatoires devront se réunir pour se concerter sur les matières du programme d'enseignement. Adopté.

Les examens auront lieu fin décembre 1896.

Correspondance.

Le Conseil est appelé à statuer sur les demandes de *M. Maire* D. E. D. P. 1885-86, sorti le 1er à la session d'octobre, et de *M. Houdoux* D. E. D. P. 1893, posant leur candidature au poste de démonstrateur.

M. Maire est nommé.

Admissions.

MM. Gross, D. E. D. P., chir.-dent. à Paris.
Gauthé, D.E.D.P., chir.-dent. à Paris.

MM. Wisner, chir.-d. à Strasbourg.
Fache, — Toulouse.
Dr Durand, — Neuilly.

Demande d'admission.

M. Picot, chirurgien-dentiste à Paris.

Admissions d'élèves étrangers.

MM.	Schérer Victor	1re année
	Belitrandi Umberto	—
	Boulognet-Boulogne	—
	Chamat Elie	—
	Christo Hadji	—
MM.	Ezakiris Sotir	1re année
	Nicolaïdès Sophoclès	—
	Antunès Pio	—
	le Dr Waton Louis	—
	Grüter Hans	—

Séance du 7 décembre 1896.

Présidence de M. GODON, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

Sont présents : MM. Godon, Prével, Lemerle, Viau, Roy, Papot, Bioux, Sauvez, Bonnard, Martinier, d'Argent et Stévenin.

Sur la proposition de *M. Papot*, vote d'un crédit de 10 fr. par séance pour appointer un secrétaire pris en dehors des membres et des employés pour faire les procès-verbaux.

Lettres adressées par M. le Recteur de l'Académie de Paris à M. le Directeur de l'Ecole dentaire de Paris.

1° Lettre du 9 novembre 1896 autorisant Mme Franckel à retirer sa première inscription. — Accusé de réception, notification à l'intéressée;

2° Lettre du 20 novembre 1896 demandant avis et observations sur l'élève Chalamet pour lui délivrer sa première inscription, cet élève ayant été admis conditionnellement avant d'avoir dix-sept ans. — Accusé de réception avec avis favorable;

3° Lettre du 20 novembre 1896 demandant avis et observations sur

l'élève Clouet pour lui délivrer sa première inscription, cet élève ayant fait sa troisième année en 1893-94 (diplômé). — Accusé de réception avec avis favorable ;

4° Lettre du 20 novembre 1896 demandant avis et observations sur l'élève Fuchs, qui réclame la validation de sa première année scolaire 1895-96 et la délivrance de sa cinquième inscription ; cet élève entré à l'Ecole sans le certificat d'études, a obtenu celui-ci en juillet dernier et a subi avec succès l'examen de fin de première année en octobre dernier. — Accusé de réception avec avis favorable;

5° Lettre du 21 novembre 1896 informant, au sujet d'une demande de dispense d'âge de l'élève Ducos, qu'il n'existe aucune condition d'âge pour être admis à l'Ecole dentaire ; décision ministérielle du 20 novembre. — Accusé de réception, notification à l'intéressé ;

6° Lettre du 21 novembre 1896 demandant avis et observations sur Mme Canacaki, élève qui désire prendre sa première inscription à l'Ecole dentaire, une dispense des grades de bachelier classique et ès-sciences restreint lui ayant été accordée pour ses études médicales. — Accusé de réception avec avis favorable ;

7° Lettre du 24 novembre 1896 autorisant M. Wisner, ancien élève, à prendre sa cinquième inscription. — Accusé de réception, notification à l'intéressé ;

8° Lettre du 25 novembre 1896 refusant à M. Lemaire, qui a fait une année d'études à l'Ecole de la rue Réaumur et une seconde à l'Ecole dentaire de Paris (1894-95), la validation de ses huit premières inscriptions. — Accusé de réception, notification à l'intéressé ;

9° Lettre du 25 novembre 1896 demandant pourquoi on a cru devoir délivrer à l'élève Duplan huit inscriptions cumulatives en moins de cinq mois. — Répondu avec extrait d'une lettre du 14 novembre 1895 ;

10° Lettre du 25 novembre 1896 autorisant M. Wabrum à retirer sa première inscription. — Accusé de réception, notification à l'intéressé ;

11° Lettre du 25 novembre 1896 autorisant M. Chalamet à retirer sa première inscription. — Accusé de réception, notification à l'intéressé ;

12° Lettre du 25 novembre 1896 autorisant M. Bride à retirer sa première inscription. — Accusé de réception, notification à l'intéressé;

M. Godon communique : 1° une lettre de *M. Lemerle* et une autre de *M. Prevel* qui, tous deux, remercient le Conseil pour la médaille qui leur a été décernée;

2° Une lettre de *M. Rolland*, directeur de l'Ecole dentaire de Bordeaux ;

3° Une lettre de *M. Majesté*, renvoyée à l'Association générale ;

4° Une brochure de *M. L.*

Le Conseil décide qu'il n'a pas à apprécier les considérations émises dans cette brochure et passe à l'ordre du jour ;

5° Une lettre de *M. Guénard*, au sujet de sa nomination comme membre de l'Association générale et de la Société civile de l'Ecole, faisant observer qu'il avait seulement accepté d'être de l'Association et qu'il décline de faire partie de la Société de l'Ecole de Paris, comme il l'a déjà fait pour celle de Bordeaux. Le Conseil prend acte de cette déclaration.

Sur la proposition de *M. Godon*, le stock des petites brochures de l'Ecole étant épuisé, le Conseil décide qu'on en demandera un certain nombre à l'imprimeur, mais que ces dernières devront être vendues 0 fr. 15 cent.

Demandes d'admissions.

De MM. Catton, Auguste, de Paris ; Liskenne, de Paris ; Barthélemy, de Nancy, et Bosson, de Hambourg. Renvoyées au Conseil de famille.

Admissions.

MM. Quillet, diplômé de l'Ecole; Dr Monnet, professeur.

Démissions.

De M. Dyssli, Acceptée.
De M. Ribart fils. Acceptée.
M. Stévenin demande s'il ne serait pas possible que les demandes d'admission fussent publiées au journal avant qu'il fût statué. Le Conseil de famille est chargé d'étudier la question.

Admissions d'élèves.

1° De MM. Loustalou et Giron;
2° A titre d'étrangers, de M. Guex comme élève de 3e année; de M. Nicolaïdès, comme élève de 2e année; de M. Martinet, René, comme élève de 3e année; de M. Feys, comme élève de 3e année.

Commission du local.

Rapport de *M. Viau*. Les conclusions de ce rapport sont adoptées et le Conseil adresse ses remerciements aux membres de cette commission.

La commission devra poursuivre ses recherches en vue d'un nouveau local. En cas d'urgence, le bureau reste chargé de prendre une décision.

Commission d'enseignement.

Rapport de *M. Lemerle*. Aux termes de ce rapport, le Conseil nomme démonstrateurs à l'école : MM. Borcier, Catton, Liskenne et Schuler, diplômés de l'école de la rue Réaumur; MM. Faloy et Mahé D. E. D. P.

Titularisation.

La commission d'enseignement consultée, M. F. Jean est nommé professeur titulaire de clinique.

M. Lemerle, au nom de la même commission, fait connaître quelques modifications au tableau de service. Adopté.

La commission scolaire propose le mercredi 23 décembre pour l'examen, après le cours préparatoire des élèves de 1re année.

Conseil d'enseignement.

Le rapport de *M. Roy* modifie plusieurs articles du règlement intérieur afin de les mettre en accord avec le temps de service des professeurs, professeurs-suppléants, chefs de clinique et démonstrateurs. Adopté.

Après discussion, le Conseil décide en faveur des chefs de clinique en fonction avant le 1er janvier 1896, qu'ils conserveront leur titre. Au contraire, ceux en fonction à partir de cette année et tous les démonstrateurs anciens et nouveaux ne pourront que se qualifier ex-chefs de clinique ou ex-démonstrateurs. Ces résolutions seront soumises à l'assemblée générale.

Concours de chef de clinique de prothèse.

Ce concours est fixé au 20 décembre, et le tirage au sort du jury donne le résultat suivant :

Professeur de prothèse, M. Martinier.
Professeur titulaire, M. Blocman.
Professeur suppléant, M. Barrié.
Professeur suppléant, M. Sauvez.
Délégué du Conseil, M. Löwenthal.
Suppléant du professeur titulaire, M. Papot.

Séance d'ouverture des cours.

Rapport de *M. Prével*.Les frais relatifs à cette fête s'élèvent à 1084 fr.15, avec une différence en moins de 329 fr. sur l'année précédente. Au nom de l'Association générale, *M. Papot* annonce que cette Société prend à sa charge les 84 fr. qui excèdent le crédit de 1.000 fr. voté par l'Ecole.

Rapport du trésorier.

M. d'Argent ayant exposé la situation vis-à-vis de l'Ecole de deux élèves, M. M. et Mme G., le Conseil décide, pour le premier,de lui donner du temps, et prendra ultérieurement, s'il y a lieu, une autre décision. En ce qui concerne Mme G., la proposition du trésorier est adoptée.

Le trésorier est autorisé à acquitter une note d'honoraires de M. Roger et une autre de M. Aron, huissier.

Le Conseil adopte le projet de budget qui lui est présenté pour l'exercice qui commence et qui est en tous points semblable au précédent. Il prend acte de la déclaration du trésorier au sujet des dépenses qui vont se trouver augmentées cependant du fait de la rentrée de M. Chauvin comme professeur de dentisterie, et de la souscription de l'Ecole en faveur de la famille Dubois.

Le bibliothécaire adresse ses remerciements à M. Viau, qui a fait à la bibliothèque des dons très intéressants.

L'assemblée générale de la Société civile est fixée au 22 décembre.

Ordre du jour :

Lecture du procès-verbal. Rapport du secrétaire général. Rapport du trésorier, projet de budget. Modifications au règlement intérieur. Changement de local. Elections. Membres sortants : MM. Bonnard ; Dubois décédé; Godon; Jean; Legret; Lemerle; Loup; Löwenthal; Roy et Prest.

La séance est levée à minuit.

Le secrétaire,
L. Bioux.

Séance du mardi 22 décembre 1896.

Présidence de M. Godon, président.

Sont présents : MM. Bonnard, D'Argent, Legret, Lemerle, Loup, Löwenthal, Papot, Prével, Roy, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Godon fait connaître le but de la réunion : modifications aux statuts et au règlement intérieur à présenter à l'assemblée générale et admissions.

1° Statuts.

Il s'agit d'ajouter à l'article 9 ces mots: *ou en immeubles.*

Cette modification est mise aux voix et adoptée.

L'art. 10 serait modifié ainsi : ce fonds, *placé conformément à l'art. 9*, est inaliénable.

M. Stévenin propose de modifier l'article ainsi : ce fonds, etc. *ne peut être aliéné qu'après décision d'une assemblée générale convoquée spécialement à cet effet.*

M. Lemerle demande l'adjonction des mots : *et comprenant au moins le quart des sociétaires.*

Les modifications proposées par le Bureau et par MM. Stévenin et Lemerle sont mises aux voix et adoptées.

2° *Règlement intérieur.*

M. Godon demande qu'il soit ajouté l'article suivant relativement aux archives :

Art. 36. — Les archives contiennent toutes les pièces présentées dans les diverses séances du bureau du Conseil de direction, du Conseil d'enseignement, aux assemblées générales et dans les différentes commissions (correspondance, pièces comptables, propositions, rapports, procès-verbaux, etc.).

Ces pièces sont numérotées, cataloguées et confiées au bibliothécaire-archiviste, qui en est responsable.

L'article, ainsi modifié : « Les archives contiennent toutes les pièces intéressant la Société (correspondance, etc...) », est mis aux voix et adopté.

M. Godon. — A l'art. 7 le mot *archiviste* est ajouté au mot *bibliothécaire.* — Adopté.

A l'art. 19 on ajoute les mots : *ainsi que des archives.* — Adopté.

Le titre IV prend la rubrique suivante : propositions, procès-verbaux et archives. — Adopté.

Les art. 33 et 34 sont réunis en un seul. — Adopté.

Les art. 35 et 36 anciens deviennent les art. 34 et 35.

Correspondance.

M. Godon communique une lettre de *M. Gillard* adressée à l'assemblée générale.

Admissions.

M. Godon. — Il a été nommé deux démonstrateurs qui ne sont pas membres de la Société, il y a lieu de régulariser leur situation avant l'expiration des pouvoirs de ce Conseil.

M. Stévenin, au nom du Conseil de famille, formule un avis favorable à l'admission de MM. Caton et Liskenne ; parrains : MM. Chauvin, Borcier et Schuler.

Les admissions de *MM. Caton* et *Liskenne* sont successivement mises aux voix et prononcées.

Sur l'avis favorable du Conseil de famille exprimé par M. Stévenin, *M. Barthélemy* est admis également.

M. Papot demande l'admission de *M. Cossas* D. E. D. P. — Cette admission est prononcée.

M. Godon, sur une question de M. Bonnard, annonce que M. Houdoux a demandé à être préparateur et que l'on statuera à la prochaine séance, après avis de la commission d'enseignement.

Affaires diverses.

M. Lemerle demande si l'on reviendra à une autre séance sur la démission de M. Gillard. — Après observations de *MM. Roy* et *Bonnard*, la décision à prendre est renvoyée au prochain Conseil.

M. d'Argent est chargé, comme les années précédentes, de distribuer 400 francs d'étrennes au personnel.

M. Prével annonce que la compagnie des eaux donne congé pour l'eau de source à dater du 1er avril. Il communique la lettre reçue à ce sujet, qui est renvoyée à la commission du local.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du dimanche 11 *octobre* 1896.

Présidence de M. Ed. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. du matin.

M. le Secrétaire général donne lecture du procès-verbal de la dernière séance. Adopté.

Après lecture de la correspondance, *M. le président* fait remarquer que le Congrès de Nancy, où l'Association générale était représentée par son Président, a amené de nouvelles adhésions. Il demande l'admission des membres dont les noms suivent :

MM. Diparraguerre, de Bordeaux ; Monnin, du Mans ; Klein, Weber, de Paris ; Pastariano, de Constantine ; Dr Monnet, de Paris ; Drs Rosenthal père et fils, de Nancy ; Michel, de Nancy ; Dr Guénard, de Bordeaux ; Dr Friteau, de Paris ; Wisner, de Strasbourg ; Dr Durand, de Paris ; Fache, de Toulouse. — Vote conforme.

Lettre de démission de *M. Frantz*, de Bône. Acceptée.

M. le Président annonce le décès de deux membres de l'Association : MM. Potel et Meunier. Il adresse aux familles des défunts l'expression des vives condoléances de l'Association.

Demande de bourse faite par un élève de l'Ecole, *M. Robach*. Après discussion, cette bourse est accordée.

Demande d'un crédit de 100 fr. pour participer à l'impression de l'Annuaire de l'Association. Accordé.

M. le Président demande que l'Association participe au Congrès International de 1900. Il propose de nommer une commission de 5 membres qui se réuniront aux membres déjà nommés par l'Ecole dentaire et la Société d'Odontologie et devront concourir à l'élaboration du projet du Congrès de 1900.

MM. Papot, Dr Roy, Schwartz, Claser et Richer sont élus.

M. d'Argent donne lecture de son rapport sur la création d'une Caisse des retraites. Adopté.

M. le Secrétaire général donne lecture d'un projet pour le service des assurances. Renvoyé à l'étude.

La séance est levée à 10 h. 1/2.

Séance du 26 *janvier* 1897.

CORRESPONDANCE

1° Lettres de remerciements de M. le Dr Guénard et de M. Robach.

2° Lettre de M. le Dr Roy donnant sa démission de secrétaire général.

M. Papot a écrit à M. Roy pour le faire revenir sur sa décision.

MM. Lemerle et Prével sont chargés de se rendre auprès de M. Roy pour le faire revenir sur sa démission.

Demande de crédits à l'Association pour participation aux frais de la séance d'inauguration de l'Ecole. — Adopté.

Crédit de 200 fr. pour Mme Vve B. Adopté.

Le Conseil donne au Président l'autorisation de faire voter à l'Association le changement de siège social.

Rapport du Syndicat professionnel par M. Claser, président.

M. le Président remercie M. Claser.

Rapport de *M. le Trésorier.* — Ce rapport est adopté.

M. le Trésorier demande la fusion des deux trésoreries et un délai de 3 mois pour les réclamations au sujet des membres décédés.

Comptes du journal.

M. Papot présente les comptes du Journal desquels il résulte que, pour la gestion du 1er semestre, Mme Dubois resterait débitrice de 122 fr.; il propose de les passer par profits et pertes, et fait remarquer, à l'appui de sa proposition, que Mme Dubois a abandonné un nombre assez élevé d'anciens numéros du journal.

Au nom du Comité de rédaction, il soumet les modifications suivantes au règlement du journal :

Pour le rédacteur en chef, suppression de l'obligation de produire 200 lignes par numéro et indemnité réduite de 1.000 à 600 fr. (400 fr. restant à sa disposition pour indemniser les auteurs d'articles intéressants) ; réduction de 100 fr. sur l'indemnité du secrétaire de la rédaction ; augmentation de 300 fr. de l'indemnité de l'administrateur-gérant.

M. d'Argent trouve que la somme de 1.000 fr. est beaucoup trop élevée pour le rédacteur en chef.

Il propose la suppression de l'indemnité du rédacteur en chef, le rattachement du secrétaire de la rédaction à l'Administration,

le partage en trois parts de l'excédent des recettes sur les dépenses, savoir :

1/3 Association, 1/3 pour les articles et pour les clichés, 1/3 à une Caisse de réserve.

La suppression des 200 lignes par numéro est adoptée, ainsi que la suppression de toute indemnité pour le rédacteur en chef.

M. d'Argent propose de maintenir à 600 fr. l'indemnité du secrétaire de la rédaction. Adopté.

Il propose enfin pour l'administrateur-gérant 1.200 fr. Adopté.

Le solde de 122 fr. 75 sera partagé par moitié entre l'Association et par moitié entre les fonctionnaires.

Comptes adoptés.

Le rapport sur la Caisse de secours présenté par M. D'Argent est adopté.

AVIS.

Nous attirons l'attention des membres de l'Association sur l'utilité de la création de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès dont nous avons publié les statuts dans notre numéro de février. Nous ne doutons pas de leur empressement à profiter des avantages qu'offre cette création; mais nous croyons devoir leur rappeler que cette caisse ne sera définitivement créée que lorsque nous aurons réuni 40 adhésions.

Envoyer les adhésions à M. Claser, Président de la Caisse de prévoyance des dentistes, 57, rue Rochechouart, Paris.

TRIBUNE OUVERTE

(QUESTIONS)

? *N° 1. Un abonné demande si M. Rauhe est un fournisseur pour dentistes ou un praticien, il serait reconnaissant au lecteur qui lui donnerait l'adresse de M. Rauhe : catalogue Cornelsen, page 85.*

? *N° 2. Un jeune opérateur, gêné par l'adhérence du ciment sur le fouloir lors de l'introduction dans le canal radiculaire pour fixation de dents à pivot, voudrait connaître le tour de main empêchant le ciment de revenir avec le fouloir.*

? *N° 3. Quel fournisseur à Paris détient le ciment de Telschow décrit dans l'avant-dernier n° de* l'Odontologie *?*

? *N° 4. Un confrère demande l'adresse d'un chimiste capable de préparer et livrer les « gutta-percha » employées en art dentaire.*

? *N° 5. Un dentiste exerçant en vertu des dispositions transitoires de la loi de 1892, c'est-à-dire sans diplôme, a-t-il le droit de faire opérer chez lui des assistants non munis de diplômes?*

? *N° 6. Depuis plus de 30 années j'ai succédé à mon père dans sa maison qui, de temps immémorial, porte sur l'enseigne la mention de chirurgien-dentiste. A-t-on le droit de me faire enlever le mot chirurgien? Qui peut exercer ce droit et comment ?*

? *N° 7. Connaît-on la date de la mort de Fauchard et quelques détails sur les dernières années de sa vie?*

? *N° 8. Le caoutchouc dentaire blanc de Ash qui sert à faire des talons s'use très vite à la mastication ; connaît-on un procédé meilleur ou une autre marque de caoutchouc blanc?*

? *N° 9. On voyait il y a une quinzaine d'années dans une vitrine du Musée de Cluny un maxillaire inférieur que le catalogue désignait comme celui de* Molière. *La sépulture du grand poète n'ayant pas été retrouvée, quelle garantie d'authenticité présente cette relique ?*

? *N° 10. On demande le meilleur moyen de bourrage d'un appareil complet du bas afin d'éviter la spongiosité du caoutchouc, porosité qu'on attribue habituellement à une mauvaise vulcanisation.*

? *N° 11. L'ex-mécanicien, membre fondateur du cercle des dentistes, diplômé de l'Ecole dentaire de Paris, qui a adressé une lettre ces jours derniers au président de la Société d'Odontologie, est prié de se faire connaître au rédacteur en chef du Journal.*

N. B. Les réponses aux questions ci-dessus seront publiées dans le prochain numéro. Nous prions les personnes qui voudront bien nous répondre de rappeler le numéro des questions. Ces questions ou réponses peuvent être signées ou non ; elles doivent nous être envoyées au plus tard le 10 de chaque mois.



Paul Dubois

(1848-1896)

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS,
DIRECTEUR DE « L'ODONTOLOGIE »,
PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE,
EX-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

17e ANNÉE. N° 4. AVRIL 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie paraît avec un minimum de 72 pages de texte.
Le présent numéro contient un portrait et deux planches de gravures hors texte.

IN MEMORIAM.

Il y a un an à pareille époque, le directeur de ce journal nous était brusquement ravi par un épouvantable accident. Cette mort inopinée provoqua d'unanimes regrets, que le temps ne saurait effacer, et causa dans nos rangs un vide qui n'a pas encore été comblé. Elle fit éclore en même temps un des plus beaux mouvements de solidarité professionnelle qu'il nous ait été donné de voir, lorsque de tous côtés des adresses de sympathie nous furent envoyées à l'occasion de cette perte et lorsque de tous côtés des mains secourables se tendirent pour venir en aide à la famille infortunée du défunt.

Paul Dubois n'est plus ; mais son œuvre subsiste tout entière et ses enseignements ont porté leurs fruits. Ce journal, dont il n'est que juste de le dire le père, marche résolument dans la voie qu'il lui avait tracée, en s'efforçant simplement de la rendre plus large et plus aplanie. Ses livres sont dans toutes les mains, ce qui n'est pas pour nous la moindre de nos consolations. Il s'est incarné dans ses ouvrages, et quiconque les consulte est sûr d'y retrouver une bonne partie de leur auteur. Les congrès nationaux enfin, dont il s'était fait l'apôtre ardent, sont sa création, sont le fruit de ses efforts, et nous croyons que cela suffit à sa gloire. Il nous manquait ce que la profession possède partout : Paul Dubois en a doté notre pays ; cela devrait être assez pour perpétuer son nom.

Paul Dubois n'est plus ; mais son souvenir reste toujours vibrant dans nos cœurs.

Nous avons la bonne fortune de pouvoir donner ci-contre le portrait de Paul Dubois, grâce au remarquable talent de M. Prunaire. Nous adressons tous nos remerciements à cet habile graveur pour avoir reproduit si fidèlement les traits de notre ami regretté.

LA RÉDACTION.

Au moment de mettre sous presse, nous avons le vif regret d'apprendre la mort d'un savant de rare valeur, le Docteur MAGITOT, membre de l'Académie de médecine, président de la Société de Stomatologie, qui a succombé vendredi matin, 23 avril, à une maladie de cœur compliquée d'asthme. Nous reviendrons sur cette perte dans notre prochain numéro.

BULLETIN MENSUEL.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA FACULTÉ.

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique de Paris est actuellement saisi d'une pétition du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France relative à la nomination des dentistes dans les hôpitaux de la capitale.

Il y a une dizaine d'années, le Conseil de surveillance créa des services dentaires dans les principaux hôpitaux de Paris et décida que le recrutement des titulaires de ces services se ferait au choix et seulement parmi les docteurs en médecine exerçant la profession de dentiste à Paris.

Précédemment il n'existait pas de services dentaires gratuits autres que ceux des dispensaires des Ecoles dentaires. Dans quelques hôpitaux, avec l'autorisation du Directeur et sur l'initiative des chefs de service, des dentistes donnaient bénévolement leurs soins aux malades, mais sans titre officiel.

Le peu de ménagements avec lequel l'Assistance publique procéda, à cette époque, à leur remplacement provoqua quelques protestations et des pétitions qui restèrent d'ailleurs sans effet.

L'Assistance publique maintint sa décision, alléguant pour sa défense qu'elle ne pouvait confier ses malades à de simples praticiens, quelque honorables qu'ils fussent, mais dépourvus de parchemins officiels qui pussent mettre sa responsabilité à couvert dans le cas où un accident surviendrait au cours d'une opération dentaire.

On disait bien tout bas que ce n'était là qu'un prétexte et que le Conseil de surveillance, composé alors en majorité de médecins, se laissait surtout inspirer en la circonstance par un fâcheux esprit de corps, d'autant plus que, peu de temps après leur nomination, quelques-uns des nouveaux titulaires se déchargeaient de leur service sur de simples dentistes.

Du reste, en limitant son choix aux seuls docteurs en médecine dentistes, l'Assistance publique montra qu'elle connaissait bien mal les conditions de l'exercice de l'art dentaire à Paris, où, parmi les praticiens jouissant, dans la clientèle aisée, d'une réelle notoriété, il se trouvait bien peu de docteurs en médecine.

L'Assistance publique de Paris, car l'Assistance publique de France et l'Etat n'ont jamais eu pour leurs établissements de semblables exigences, l'Assistance publique de Paris, disons-nous, prenait ainsi comme base de garantie du savoir professionnel un diplôme qui ne prouvait nullement que le titulaire eût la moindre connaissance en art dentaire ; c'est du reste ce qu'avaient publiquement déclaré à différentes reprises des médecins éminents comme les professeurs Paul Bert, Brouardel, etc., dans les séances de réouverture des cours des Ecoles dentaires par exemple [1].

L'Assistance publique courait ainsi le risque de faire des nomi-

1. V. *Odontologie*, 1880-1897.

nations qui ne seraient pas exemptes de critique ; ce qui est arrivé ne l'a que trop prouvé.

Après dix ans d'expérience, on est obligé de reconnaître que le titre de dentiste des hôpitaux de Paris est loin d'avoir acquis la notoriété qui s'attache aux titres de médecin et de chirurgien des hôpitaux. Bien au contraire, il a plutôt été discrédité par certaines nominations tout à fait fantaisistes. On cite notamment, et ce n'est malheureusement pas le seul cas de ce genre, certain médecin de campagne qui, trouvant insuffisamment lucratif l'exercice de la médecine dans la petite commune où il s'était installé, se décida à l'abandonner pour celui de l'art dentaire. Pour cela il vint tout simplement s'établir dentiste à Paris, sans autre étude préalable, et, probablement pour se faire la main, il se fit immédiatement bombarder par l'Administration de l'Assistance publique dentiste des hôpitaux. Ce titre, destiné à influencer la clientèle, s'étalait peu de temps après en réclame dans les journaux, à la suite de son nom[1].

Avec la nouvelle loi de 1892 sur la médecine, la situation paraissait devoir changer : les dentistes possédaient un parchemin officiel et l'Administration de l'Assistance publique, considérablement modifiée par l'entrée d'un certain nombre de conseillers municipaux dans son Conseil de surveillance, venait d'ouvrir toutes grandes aux élèves des Ecoles dentaires les portes de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.

Le Syndicat des chirurgiens-dentistes crut le moment venu d'intervenir à nouveau : il adressa une pétition à l'Assistance publique en s'appuyant surtout sur la modification apportée à la situation légale des dentistes par la dite loi. Les pouvoirs publics, disait-il, avaient imposé des conditions sérieuses pour être admis à exercer l'art dentaire : *création d'un diplôme spécial de chirurgien-dentiste délivré après examens subis devant la Faculté de médecine, d'après un programme de trois années d'études médicales et techniques institué par le Conseil supérieur de l'Instruction publique* ; le Syndicat ajoutait qu'il espérait que ces garanties ayant été reconnues suffisantes par l'Etat, gardien de la santé publique, pour autoriser le traitement de la clientèle privée, le seraient également par l'Assistance publique, pour soigner ses malades ; qu'il y avait lieu, en conséquence, de modifier le mode de recrutement des dentistes dans les hôpitaux, conformément à la nouvelle loi, de façon à autoriser cette Administration à les choisir aussi parmi les nouveaux chirurgiens-dentistes.

Le Conseil de surveillance, frappé des inconvénients qui lui étaient signalés de différents côtés sur le mode de recrutement et de fonctionnement du service dentaire actuel dansl es hôpitaux, prit en sérieuse considération cette pétition et la renvoya à l'examen d'une commission spéciale.

La commission se livra à une enquête qui lui permit de reconnaître le bien fondé des critiques ; pourtant, on nous apprend qu'elle ne serait pas disposée à accepter la solution proposée par

---

1. V. *Odontologie*, 1896.

les pétitionnaires. Le même esprit qui a déjà une première fois fait échouer les réclamations des dentistes tente d'entraîner le Conseil de surveillance à conserver pour les seuls médecins exerçant l'art dentaire le privilège exclusif du titre de dentiste des hôpitaux.

Persistant à considérer le diplôme de chirurgien-dentiste comme insuffisant au point de vue médical, mais obligée de reconnaître, d'autre part, que le diplôme de docteur en médecine est insuffisant au point de vue de la technique dentaire, la commission serait disposée, paraît-il, à proposer prochainement au Conseil de surveillance d'exiger à l'avenir des candidats la possession *des deux diplômes de docteur ea médecine et de chirurgien-dentiste !* Cette solution, qui semble importée de l'extrême Orient et paraît procéder du mandarinat chinois, donnerait lieu à la bizarrerie suivante : pour être médecin ou chirurgien des hôpitaux il suffirait au candidat de posséder le diplôme de docteur en médecine, tandis que pour être dentiste des hôpitaux il lui faudrait posséder deux diplômes, celui de docteur en médecine et celui de chirurgien-dentiste ! Il est vrai que cela aurait l'avantage d'écarter encore une fois les chirurgiens-dentistes de la Faculté.

Ainsi, pendant plus de dix ans, des discussions longues et approfondies ont eu lieu devant la Chambre et le Sénat, pour fixer quelles étaient les garanties de savoir à exiger des dentistes ; pendant plus de dix ans les autorités médicales et professionnelles les plus compétentes ont été consultées pour décider si le dentiste devait posséder le diplôme de *docteur en médecine* ou un *diplôme spécial* ; les pouvoirs publics enfin ont cru trancher définitivement la question en décidant par *une loi* la création du diplôme spécial de chirurgien-dentiste ; et une Administration officielle, une Administration chargée d'un grand service public, ne voulant pas tenir compte de tous ces débats, viendrait remettre tout en question en décidant, à l'encontre de cette loi nouvelle, qu'elle ne reconnaît pas à ce diplôme délivré par l'Etat la valeur que les pouvoirs publics lui attribuent et qu'il est insuffisant ! Sans qu'aucune expérience, aucun fait justifie cette sévère appréciation, cette Administration officielle jetterait ainsi le discrédit sur un diplôme délivré régulièrement en conformité de la loi !

Nous ne pensons pas que le nouveau Conseil de surveillance veuille suivre sa commission sur ce terrain ; nous voulons même espérer que la commission, devant les conséquences de sa décision, renoncera à s'engager dans cette voie. La loi de 1892 sur la médecine a placé sur un pied d'égalité, au point de vue de l'exercice de l'art dentaire, les deux diplômes de chirurgien-dentiste et de docteur en médecine ; une Administration publique ne peut, à notre humble avis, porter atteinte à cette situation. Si elle désire des garanties complémentaires, n'a-t-elle pas un moyen très suffisant de les trouver en faisant la sélection des candidats par le procédé de nomination : *le choix ou le concours*, qui lui permet de ne confier les fonctions de dentiste des hôpitaux qu'aux candidats qui lui paraîtront posséder le plus de titres et d'aptitudes à cette fonction ?

Cette solution a l'avantage d'être équitable pour tous, d'être respectueuse de la loi nouvelle et des situations qu'elle a créées ; elle offre en même temps, mieux que le *double diplôme* que l'on propose, les plus sérieuses garanties et donne satisfaction aux légitimes préoccupations des administrateurs de l'Assistance publique.

Ch. GODON.

TRAVAUX ORIGINAUX.

FRACTURE COMMINUTIVE DU BORD ALVÉOLAIRE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par M. le Dr Edouard FRITEAU,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 9 mars 1897.

Le 3 janvier 1897, Mme Duverg..., 46 ans, sans profession, fait une chute dans sa chambre ; sa face porte sur le couvercle d'un seau hygiénique de telle façon que le menton heurte le bouton de ce couvercle. La chute entraîne une perte de connaissance qui dure environ 5 minutes ; lorsque la malade reprend conscience, elle se relève et est tellement effrayée par le sang qui s'écoule de sa bouche qu'elle appelle à l'aide.

Mme Faurou, chirurgien-dentiste de la Faculté, habitant la maison est mandée. Elle constate, en dehors d'une hémorragie buccale très abondante, qu'un large fragment de la mâchoire inférieure est mobile dans la bouche, remuant dans tous les sens sous l'influence des mouvements de la langue. Ce fragment, recouvert par la portion de gencive correspondante, est complètement séparé du corps de l'os : vers le milieu et la partie droite de sa face postérieure il est relié à la muqueuse par deux petits lambeaux muqueux, que notre confrère sectionne immédiatement, avec des ciseaux flambés.

La douleur est presque nulle. L'hémorragie continuant d'être abondante, Mme Faurou fait quelques attouchements du bord fracturé avec un tampon de ouate hydrophile préalablement trempé dans de l'eau de Rabel, étendue de 10 fois son volume d'eau. L'hémostase est rapidement parfaite, et notre confrère, avec beaucoup d'à-propos, ordonne de très fréquents lavages de la bouche avec une solution d'hydrate de chloral à 2 pour 100.

Le lendemain et le surlendemain, aucune complication ne se produit ; le foyer de fracture est recouvert de caillots brun-noirâtre. Un phénomène attire cependant l'attention de Mme Faurou, c'est la fétidité progressivement croissante de l'haleine, malgré la fréquence des lavages antiseptiques.

Dans la nuit du troisième jour, une hémorragie, consistant en un suintement de sang rouge foncé, se produit. L'abondance en

augmente assez rapidement. De nouvelles applications d'eau de Rabel ne donnent aucun résultat. C'est alors que Mme Faurou, inquiétée autant par cette hémorragie que par l'état général de la malade, me fait appeler.

La fétidité de l'haleine est véritablement repoussante : elle infecte l'atmosphère de la chambre. Il existe sur le menton et la lèvre inférieure une ecchymose violacée. L'hémorragie se fait en bavant en cinq ou six points du foyer de fracture, recouvert par des caillots très mous, de coloration brun-noirâtre, comme soulevés des tissus sous-jacents.

L'état général est mauvais, la langue est saburrale, la salive est abondante et visqueuse, la peau est sèche, la face est pâle et terreuse ; je constate une hypothermie légère ; le thermomètre, placé sous l'aisselle, marque 36° 7.

J'enlève à la curette tranchante tous les caillots et je remarque que le sang s'écoule en nappe, tant de l'os fracturé que des sections gingivales. Le bord fracturé est irrégulier : vers son milieu et sur les parties latérales il porte quelques saillies plus ou moins anguleuses.

De tous les moyens hémostatiques à ma disposition, compression, ligature, antipyrine, cire iodoformée, etc., je donne la préférence au thermo-cautère, qui aura le double avantage de détruire les microbes pathogènes et saprogènes qui doivent pulluler sur cette plaie fétide et d'arrêter l'hémorragie en nappe. Contre les microbes je fais des attouchements avec le thermo-cautère chauffé au rouge blanc. Contre l'hémorragie, je touche légèrement la surface cruentée avec la pointe du thermo-cautère chauffée au rouge sombre ; après quelques tentatives l'hémostase est complète. L'état de la plaie me semble être une contre-indication formelle à la résection des aiguilles osseuses, et je ne tente pas de régulariser la section osseuse.

J'ordonne de très fréquents lavages à l'eau chloralée. Mme Faurou fait elle-même ses lavages toutes les deux heures : le soir même la fétidité de l'haleine a complètement disparu.

Trois jours après, je revois la malade : les eschares sont détachées, la plaie est recouverte de gros bourgeons rouges ; il n'y a pas trace de suppuration. Dix jours après, la plaie est complètement cicatrisée.

Six semaines après Mme Faurou prend l'empreinte que j'ai fait représenter dans le dessin ci-contre (fig. 38, pl. VI). La muqueuse recouvre en tous ses points le bord supérieur de la mâchoire. Ce bord est irrégulier ; il porte en son milieu et sur les côtés des irrégularités, dont j'ai ci-dessus signalé la présence, l'examen du fragment fracturé m'autorise à croire que ces irrégularités appartiennent à la face postérieure du dit fragment.

Examen du fragment ou plutôt des fragments.

Le fragment osseux comprend toute la portion du bord alvéolaire qui correspond aux incisives et aux canines ; il s'étend en hauteur jusqu'au sommet des alvéoles de ces dents, et en largeur

de l'alvéole de la canine droite à l'alvéole de la canine gauche. Il est très fortement taillé en biseau aux dépens de la face postérieure de l'os. La muqueuse gingivale qui le recouvre est saine; après avoir enlevé la gencive à l'aide d'une rugine, on se trouve en présence d'une fracture comminutive avec 3 fragments : un médian, le plus grand ; un droit, très petit ; un gauche, de dimensions intermédiaires aux deux autres. (V. fig. 39 et 40, pl. VI).

1° Le *fragment médian* comprend les alvéoles des deux incisives centrales (saines) et un chicot correspondant à l'incisive latérale droite.

Le bord gauche de ce fragment est vertical ; il passe sur la paroi externe de l'alvéole de l'incisive centrale gauche, dont la face distale est complètement à nu le long de ce bord. Le bord droit va jusqu'à l'alvéole de la canine ; il est constitué sur toute sa hauteur par la paroi interne de l'alvéole de cette dent. Le bord inférieur est fortement taillé en biseau aux dépens de la face postérieure de l'os, comme le montre la figure 40 ; il ne correspond pas tout à fait au sommet des alvéoles, puisque la pointe des racines fait saillie au-dessous de lui.

2° Le *fragment gauche* comprend les alvéoles de l'incisive latérale et de la canine gauches. Le biseau de son bord inférieur, aux dépens de la face postérieure, est si accentué que, vers le bord interne du fragment, la face postérieure de la racine de l'incisive latérale gauche est complètement à nu. Le bord interne est constitué par la paroi externe de l'alvéole de l'incisive centrale gauche. Le bord externe met à nu une portion de la face distale de la canine; là encore le biseau, aux dépens de la face postérieure, est tel que la racine de cette dent est presque entièrement visible (V. fig. 40).

3° Le *fragment droit* ne comprend que l'alvéole de la canine ou plus exactement que la paroi antérieure et distale de cet alvéole. (Nous avons vu que la paroi proximale de cet alvéole constitue le bord externe du fragment central.) Le biseau postérieur met à nu toute la face postérieure de la racine de la canine.

Telle est l'observation que j'ai jugé utile de publier.

L'absence de douleur, constatée lors des divers examens, m'engageait à chercher chez ma malade quelque lésion me permettant de conclure à une fragilité exceptionnelle des os. Localement je n'ai trouvé aucune lésion dentaire, muqueuse ou osseuse ; à part l'incisive latérale droite, les autres incisives et les canines étaient saines. Toutes les molaires inférieures manquaient depuis 15 ou 20 ans : elles avaient été successivement arrachées à la suite de caries. Dans l'état général je n'ai trouvé ni diabète, ni albuminurie, ni syphilis, ni tabes dorsalis, ni intoxications, ni aucun de ces états généraux signalés dans l'étiologie des fractures pathologiques, dont ma malade présentait un symptôme, l'indolence. Le traumatisme a donc été la seule cause déterminante de cette fracture comminutive, pour laquelle, je le répète, mon examen n'a pu trouver aucune cause prédisposante.

A quoi attribuer l'hémorragie secondaire, pour laquelle je suis intervenu ? C'est une de ces hémorragies comme on en observe dans les plaies infectées. Le foyer de fracture était en effet infecté : je n'en veux pour preuves que la fétidité de l'haleine et l'aspect des caillots. Comment a-t-il pu s'infecter malgré les lavages à l'eau chloralée que la malade a faits avec régularité ?

Je ne crains pas d'incriminer l'eau de Rabel, qui a emprisonné sous les caillots des bactéries pathogènes et saprogènes, de telle sorte qu'aucun antiseptique n'aurait pu les atteindre. Mes souvenirs hospitaliers me permettent encore de justifier cette accusation : n'est-il pas d'observation journalière de voir s'infecter la plupart des plaies dont les hémorragies ont été arrêtées par l'eau de Rabel ou le perchlorure de fer, tandis que celles dont l'hémostase a été assurée par la compression, la ligature ou le thermo-cautère, guérissent sans aucune trace d'inflammation ?

Je ne crains donc pas de proscrire contre les hémorragies en général l'emploi de l'eau de Rabel et du perchlorure de fer. Dans ce cas particulier, si j'avais eu à faire la première intervention, je me serais servi peut-être de l'antipyrine, mais bien plutôt du thermo-cautère chauffé au rouge sombre, à moins que je n'eusse essayé de mastiquer la surface osseuse cruentée avec de la cire iodoformée, comme je l'ai vu employer souvent par mes maîtres dans les hôpitaux contre les hémorragies d'origine osseuse, par exemple dans les trépanations crâniennes. Je dois dire toutefois que, de ces trois modes d'hémostase, je donne la préférence au thermo-cautère chauffé au rouge sombre.

PRÉSENTATION DE FLACONS.

Par M. le Dr Edouard Friteau,

Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 9 mars 1897.

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie des modèles de flacons en cristal que j'ai fait construire par la maison Contenau et Godart. Ces flacons sont destinés à conserver aseptiquement ou antiseptiquement les instruments employés en chirurgie dentaire. Privés ou non de l'armature métallique qu'ils contiennent, ils peuvent trouver dans la grande chirurgie d'autres applications (fig. 44, pl. VII).

Je veux appeler l'attention des membres de la Société sur deux points principaux : 1° le mode de bouchage de mes flacons; 2° l'armature métallique, étagère instrumentale, qu'ils contiennent.

1° Le bouchon. — Nous connaissons tous les inconvénients des bouchons ordinaires, même à l'émeri : le bouchon entre dans la bouteille, et il reste entre lui et le goulot une rainure, de largeur et de profondeur variables, au fond de laquelle, malgré tous les

PLANCHE VI.

Préparation Mendel Joseph

Cliché J. Choquet

Coupe microscopique comme contribution à l'étude du ligament alvéolodentaire (ankylose).

FIG. 37.



FIG. 38. — Empreinte, vue antérieure.

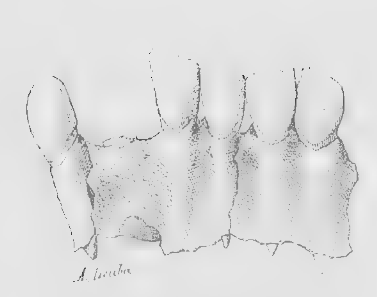


FIG. 39. — Les fragments alvéolaires, face antérieure.

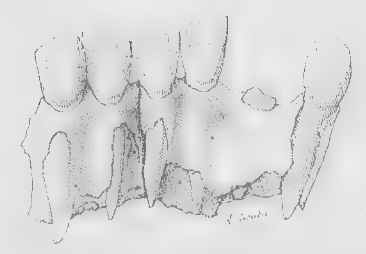


FIG. 40. — Les fragments alvéolaires, face postérieure.

PLANCHE VII.

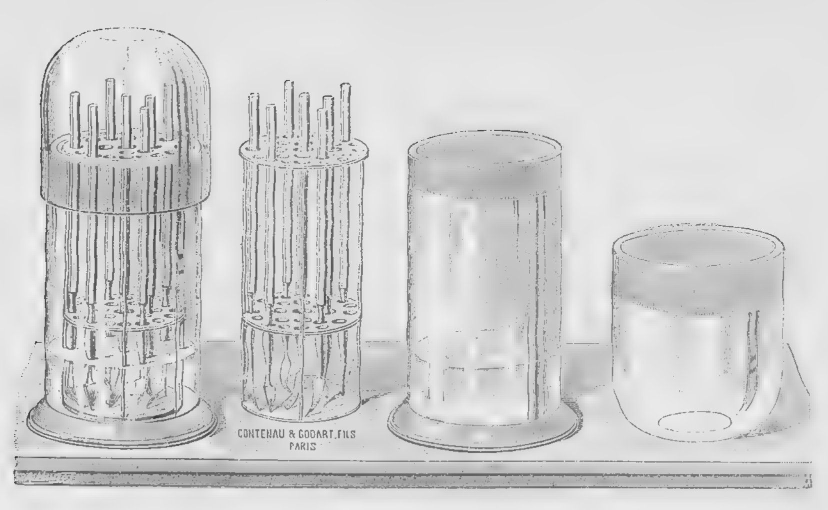


FIG. 41. — Flacon grand modèle et son étagère.

FIG. 42. — Flacon petit modèle et son étagère.

FIG. 43.

FIG. 44. — Les flacons sur une tablette métallique, au cours d'une opération.

soins de propreté, les poussières et les microbes viennent s'accumuler. Au moment du débouchage, poussières et microbes tombent fatalement dans le flacon et viennent en souiller le contenu. Des recherches bactériologiques que j'ai déjà commencées avec l'un de mes confrères m'ont démontré l'ensemencement du contenu des flacons ordinaires par les poussières qui y tombent au moment même du débouchage. Lorsque ces recherches seront plus nombreuses, elles feront l'objet d'une nouvelle communication.

Qu'ai-je fait pour obvier à cet inconvénient ? J'ai simplement renversé les termes : j'ai retourné sens dessus dessous le flacon ordinaire et j'ai obtenu les flacons avec le mode de bouchage que représentent les dessins ci-contre. Le bouchon coiffe le flacon, le flacon entre dans le bouchon. C'est presque la lampe à alcool en verre, avec cette grande différence que, dans la lampe à alcool, ce sont deux cônes entrant l'un dans l'autre, tandis que dans mes flacons ce sont deux cylindres, rodés à l'émeri, qui entrent l'un dans l'autre.

Ce mode de fermeture est-il hermétique? Bien qu'*a priori* il dût l'être, j'ai voulu le vérifier. J'ai donc mis dans l'un des flacons une certaine quantité d'éther sulfurique ; au bout de quinze jours la quantité d'éther était la même, aucune évaporation ne s'était produite. Le nouveau bouchon donne donc une fermeture hermétique.

2° L'ÉTAGÈRE MÉTALLIQUE. — Elle est spécialement construite pour les instruments dentaires et se compose d'une colonnette à trois plateaux entrant dans les flacons avec aisance. Cette colonnette est en maillechort nickelé : les trois plateaux qui la constituent sont reliés les uns aux autres par quatre tiges de même métal.

Le *plateau inférieur* est plein ; il est destiné à recevoir les pointes des instruments et à s'opposer à leur altération.

Les deux autres *plateaux*, le *supérieur* et le *moyen*, sont percés de trous, de dimensions et de nombre très variables, par lesquels il est facile de faire pénétrer les instruments. Les figures ci-contre montrent ces colonnettes en partie chargées d'instruments, soit en dehors de leur flacon, soit dans leur flacon coiffé du bouchon nouveau modèle.

Ces flacons sont, comme le montrent les figures, de deux dimensions : les uns (fig. 42, pl. VII), qui sont grands, sont destinés aux instruments à nettoyer, à aurifier, etc. ; les autres, qui sont petits, sont destinés aux fraises ; ils sont assez hauts pour contenir les fraises à canaux, dites Gates Gilden drills.

La disposition du flacon et de son étagère permet de voir rapidement où est l'instrument dont on a besoin et de le sortir avec la plus grande facilité.

Grâce à son méplat, le bouchon renversé peut servir à recevoir les instruments après l'usage, plutôt que de les abandonner sur la tablette classique.

Ces flacons sont destinés à conserver aseptiquement ou antiseptiquement nos divers instruments. Voici comment je m'en sers : je place sur mon étagère la série d'instruments dont je prévois

l'emploi. Je les stérilise soit dans le stérilisateur Hertoghe, soit simplement dans l'eau bouillante additionnée de carbonate de potasse ou de soude. Après leur stérilisation je porte aseptiquement l'étagère chargée de ses instruments dans son flacon, préalablement désinfecté soit dans l'eau bouillante, soit avec de l'acide sulfurique. Une fois bouché, le flacon conservera mes instruments aseptiques jusqu'au moment du besoin, le lendemain ou même plus tard.

Je puis encore conserver mes instruments stérilisés dans des bains antiseptiques. Il me suffit de mettre dans le flacon, jusqu'à un certain niveau, soit du chloroforme, soit de l'eau phéniquée au 140', soit du borate de soude en solution à 5 0/0, soit de l'alcool absolu. Je donne la préférence à l'alcool absolu, depuis que les recherches bactériologiques de Robert L. Randolph, publiées en octobre 1896 dans le *John Hopkins' hospital Bulletin* (p. 185), ont démontré que « l'alcool absolu est un antiseptique de valeur pour les instruments infectés dans les conditions ordinaires de la chirurgie ». Il me semble d'autant meilleur que je ne lui demande pas une grande action antiseptique, puisque j'en attends seulement la conservation aseptique d'instruments préalablement stérilisés. Dans la pratique courante la stérilisation préalable par les étuves pourra sans danger être délaissée, puisque Randolph déclare « l'alcool absolu un antiseptique suffisant pour des instruments souillés accidentellement dans les conditions ordinaires de la chirurgie ».

Tels sont les deux modèles de flacons que je crois capables de rendre quelques services pour la conservation des instruments employés en chirurgie dentaire.

J'ai fait aussi construire un troisième modèle, ne contenant aucune armature, et destiné à conserver dans les liquides antiseptiques les brosses à dents ou autres objets faisant partie autant de la toilette que de l'hygiène (fig. 43, pl. VII).

NÉCROSE PARTIELLE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par M. Heïdé,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. — Séance du 9 *mars* 1897.

L'observation que je vais avoir l'honneur de vous lire ce soir n'est qu'un addendum à la série des observations que j'ai communiquées sur ce sujet, il y a quelques années, à cette même Société.

Les circonstances ont fait que jusqu'à présent j'ai été favorisé par le nombre de ces cas d'ostéo-périostite à terminaison nécrosique, soit dans ma clientèle, soit dans les services dentaires qui m'ont été confiés.

Il y a quelques points importants que j'ai pu relever dans l'étude de cette affection :

I. Début insidieux et quelquefois d'un diagnostic fort difficile.

II. Résistance de la maladie à la thérapeutique médicale.

Dans le même ordre d'idées, je publierai dans quelque temps l'observation d'un kyste volumineux de la mâchoire supérieure dont je viens d'achever la guérison.

Le sujet, nommé P..., est menuisier ; il est âgé de 67 ans, n'a jamais eu de maladie ; actuellement il est bien portant et travaille encore. Quant à sa bouche, les gencives sont enflammées par la présence d'une grande quantité de tartre; les dents restantes sont fortes et bien constituées; il lui en manque huit.

Vers le mois d'avril, il remarqua un gonflement anormal de la joue gauche, douloureux à la pression, avec une fièvre légère. Sur l'avis d'un médecin, il mit sur la région malade des cataplasmes, qui favorisèrent l'ouverture d'une fistule dans le sillon gingivo-labial au niveau de la deuxième grosse molaire inférieure gauche.

La suppuration continuant toujours, le malade alla à l'hôpital Bichat, où on lui arracha cette deuxième grosse molaire inférieure gauche, le jeudi 9 avril. A la suite de cette opération, on lui ordonna des lavages antiseptiques.

Malgré cela, la suppuration ne tarissait pas ; alors le malade vint nous consulter à la clinique de l'Ecole dentaire, le 24 avril. Il accusait à ce moment de la douleur à la pression dans la région sous-maxillaire du côté gauche, ainsi qu'une répercussion de cette douleur dans l'oreille et pendant la mastication.

L'examen de la bouche montra que la première grosse molaire inférieure gauche, seule dent molaire restant de ce côté, était très mobile. Le pus était venu sourdre par l'alvéole de la dent extraite. On remarquait la présence de bourgeons charnus sur le rebord gingival, de la turgescence et de la rougeur au niveau des alvéoles.

Je diagnostiquai une nécrose partielle du maxillaire inférieur s'étendant de l'alvéole de la première molaire à l'angle de la branche montante du maxillaire.

Quant à l'étiologie de cette nécrose, ce ne pouvait être qu'une ostéo-périostite suppurée produite par la carie compliquée de la première et de la deuxième grosse molaire inférieure gauche.

Après avoir fait l'extraction de la première dent, je prescrivis au malade des lavages buccaux très fréquents avec une solution chloralée. Puis, entre temps, ici, à la clinique, on lui faisait des injections antiseptiques et détersives dans les alvéoles, après quoi, on lui bourrait, dans le trou béant, de la gaze iodoformée.

Dans le cours du traitement, nous avons constaté la présence de séquestres vers l'emplacement de la dent primitivement extraite ; plusieurs remuaient déjà. Cependant, la douleur et la suppuration étaient déjà moins intenses.

Le 5 mai, nous enlevions avec toutes les précautions antiseptiques désirables le premier fragment osseux mobile. Il avait la grosseur d'un pois, était rugueux, avec des arêtes vives et des

angles très aigus, cause de la douleur à la pression. Puis, nous fîmes un raclage au moyen d'une curette appropriée, que j'ai présentée il y a quelques années, pour enlever les quelques débris osseux qui pouvaient rester. Ce fragment osseux était caractéristique : absence de périoste, d'où la rugosité très grande.

Un deuxième séquestre devint perceptible au stylet au même niveau. Il fut extrait à la brucelle, et, il faut le dire, avec quelque difficulté ; pas de douleur ni d'hémorragie. Ce fragment appartenait aussi au corps de l'os et présentait les mêmes aspects que le premier, quoique plus grand ; il avait bien un centimètre d'épaisseur ; il était rugueux et spongieux, à bords vifs. On pouvait alors remarquer du pus caséeux abondant ; continuation, bien entendu, des injections antiseptiques et des pansements.

Le 8 mai, on pouvait sentir la présence d'un troisième séquestre que, par sa situation, nous supposâmes être un fragment du bord alvéolaire externe. En effet, après l'avoir extirpé sans trop grandes difficultés, par suite d'un débridement de la gencive au préalable, nous vîmes qu'il était fort mince, un peu bombé, la face externe lisse et la face interne spongieuse. Ses bords étaient déchiquetés et rongés par la suppuration.

Le 11 mai, enlèvement d'un quatrième séquestre, celui-là dans l'alvéole de la première grosse molaire et de la même grosseur que le premier.

Nous recommandâmes au malade, en dehors de nos soins, de se faire des injections antiseptiques et détersives au chlorure de zinc, après quoi il devait obturer la cavité avec de la ouate hydrophile afin d'empêcher une réinfection.

Amélioration sensible, diminution de la suppuration.

Le 26 mai, enlèvement d'une esquille.

Vers le commencement de juin, recrudescence des phénomènes infectieux : suppuration plus abondante, douleur à la pression sur le côté externe du maxillaire gauche.

Cet état dura jusqu'au 13 juin ; à cette date, ayant constaté de la mobilité, nous enlevons un cinquième séquestre. Celui-là présente une face lisse correspondant au bord externe du maxillaire, tandis que le reste de sa surface est spongieuse. Il était situé à la réunion de la branche montante avec le bord alvéolaire du côté externe et très profondément.

Dès le jour qui suivit son élimination, toute douleur à la pression avait disparu, ainsi que la suppuration. Continuation du traitement. La plaie est à présent cicatrisée.

Comme conclusion, je tiens à attirer votre attention d'abord sur l'origine de cette affection qui, ici, est due en grande partie au manque de soins et à l'absence totale d'hygiène de la bouche chez un homme soumis incessamment à l'action irritante de poussières, ensuite sur le traitement chirurgical consistant à surveiller attentivement la formation des séquestres pour en faire l'ablation immédiate, suivie d'un curettage de la partie de l'os d'où s'est détaché le séquestre.

Quant au traitement médical, je ne me suis pas beaucoup écarté comme vous l'avez vu, du procédé classique : injections, acide phénique 1 0/0, variant avec des injections de naphtol, de salol, d'hydrate de chloral, afin d'éviter une intoxication, ensuite des pansements à la gaze iodoformée dont j'avais soin de bourrer la plaie.

DÉPOT DE TARTRE UNILATÉRAL D'ORIGINE HÉMIPLÉGIQUE.

Par M. de Croes,

Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 9 mars 1897.

Les dépôts de tartre ne sont pas rares, nous en avons tous vu dans notre pratique de plus ou moins considérables ; aussi cette pièce n'est-elle intéressante que par l'exagération et par l'unilatéralité de ce dépôt, ainsi que par l'exagération de ces causes mécaniques.

La malade sur laquelle j'ai pris ce moulage (fig. 45) est une ouvrière âgée de 58 ans, atteinte d'hémiplégie depuis plusieurs années et qui certainement n'a dû prendre depuis longtemps aucun soin de sa bouche, si elle en a jamais pris ; aussi voyons-nous un dépôt considérable ; les dents du côté droit n'ont plus aucune forme, elles sont doublées, triplées même, soudées ensemble pour ne plus former qu'un bloc.

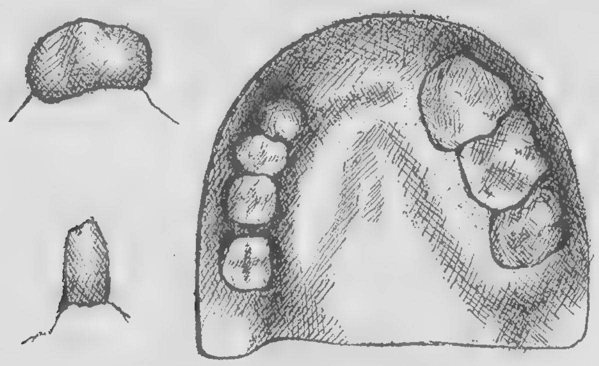


Fig. 45. — Schéma comparatif.

Une formation aussi considérable est certainement due à l'hémiplégie, car le mécanisme ordinaire est ici exagéré. Quelle plus grande immobilité que celle-là !

Ce dépôt par lui-même présente deux formes, dues à des sécrétions différentes. En effet, la face interne est bien arrondie, le tartre paraît moins dense, plus mou, parce que la langue, malgré l'hémiplégie, obéit encore dans sa masse aux mouvements de dé-

glutition et que, de ce côté, le tartre est formé par de la salive mixte bien plus forte en matière albuminoïde. La face externe est à pic, formée de cristallisations rhomboïdriques de carbonate de chaux, dû à de la salive parotidienne, qui, coulant le long de la joue pendante, vient séjourner dans ce réservoir qu'elle forme, lequel ne peut, les contractions des buccinateurs, orbiculaires, zygomatiques, etc., étant annihilées, la rejeter à l'intérieur de l'arcade dentaire pour être déglutie ; ce sel a ainsi tout le temps de se déposer sur les dents.

Si le côté droit de ce moulage est intéressant, le côté gauche ne l'est pas moins, car autant l'un est mastodonte, autant l'autre est propre ; à peine un léger mucus au collet des dents.

J'ai bien vu des dépôts dont l'inégalité était grande, comme de 1 à 10 par exemple, ce qui représente déjà une grande disproportion, mais jamais d'aussi bien tranchées.

Eh bien, ici, c'est encore une question mécanique ! Nous avons vu plus haut que l'excès de paresse musculaire (l'hémiplégie) avait occasionné à droite un dépôt considérable ; à gauche, au contraire, c'est à un excès de travail musculaire qu'est dû le nettoyage et voici comment :

1° La mâchoire du côté qui fonctionne double ses mouvements et ses efforts, pour obtenir un résultat équivalent en nombre et en force.

2° Les buccinateurs et les orbiculaires des lèvres, le grand et le petit zygomatique, la houppe et le carré du menton, muscles qui concourent tous aux contractions de la joue, de la commissure et des lèvres, n'étant retenus par aucune force opposée, les muscles droits étant paralysés, subissent des contractions beaucoup plus grandes, puisque celles-ci ne sont pas combattues et par conséquent font frotter plus fortement la joue sur la partie externe des dents.

3° La langue, pour la même cause, se trouvant tirée du côté gauche, vient, à chacun de ses mouvements, nettoyer la partie interne.

DENTISTERIE OPÉRATOIRE.

TRAITEMENT DE LA CARIE DENTAIRE.

Par M. Ch. Godon.

(*Suite*[1] *et fin.*)

Article V. — Carie dentaire du 4e degré.

Le traitement de la carie du 4e degré est le traitement de la *dent morte* ou à pulpe morte, c'est-à-dire atteinte de gangrène pulpaire, des complications immédiates qu'elle produit, de la périostite à

1. V. *Odontologie*, mars 1896, p. 159 et *Manuel du chirurgien-dentiste. Clinique dentaire et dentisterie opératoire.* — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ses divers degrés et des désordres qui peuvent en résulter. Nous l'étudions dans l'ordre indiqué par la classification que nous avons adoptée :

Classification. — 1° Caries simples du 4e degré : gangrène pulpaire sans périostite.

2° Caries compliquées du 4e degré : gangrène pulpaire avec périostite alvéolo-dentaire :

Degré de la périostite alvéolo-dentaire.
- A. — Périostite aiguë.......
  - Subaiguë.
  - Aiguë.
  - Phlegmoneuse.
- B. — Périostite chronique...
  - Avec fistule
    - gingivale.
    - cutanée.
  - Avec kystes radiculaires.
  - Avec tumeurs du périoste.

3° Complications diverses de la carie du 4e degré avec périostite alvéolo-dentaire :

A. *Fluxions*....
- Œdémateuse.
- Phlegmoneuse..
  - Phlegmon circonscrit.
  - Phlegmon diffus.

B. *Abcès*.......
1. De la gencive — sus-périostique.
2. Vestibulaire — sous-périostique.
3. Palatin ou vestibulaire et palatin.
4. Vestibulo-cutané.
5. Cutané.

C. *Fistules*.....
- Gingivales
- Cutanées.
  - Trajet et orifice uniques.
  - » multiples.

D. *Nécroses partielles*.......
- Limitées — étendues — avec ou sans séquestre.

E. *Exostoses*...
1. En sphère.
2. En nappe.
3. En masse.

F. *Adénite*.....
1. Sous-maxillaire.
2. Prémassétérine.
3. Parotidienne.

G. *Contracture musculaire*. — Trismus.

L'examen de cette classification montre quelle place importante le traitement de la carie du 4e degré occupe dans la thérapeutique dentaire, importante par le traitement proprement dit qu'elle nécessite, importante aussi par la fréquence de cette affection et de ses complications, la négligence des patients portant le plus souvent ceux-ci à attendre pour venir réclamer des soins que la dent, en grande partie détruite, soit arrivée à ce dernier degré de la carie et qu'elle soit accompagnée de désordres souvent étendus.

Indications. — D'une manière générale les indications du traitement de la carie du 4e degré sont les suivantes :

1° Faciliter la sortie des gaz et des liquides enfermés dans la dent et résultant de la décomposition de la pulpe et des rameaux radiculaires ;

2° Faire l'antisepsie de la dent infectée (cavité de la carie et cavité pulpaire, canaux radiculaires, dentine infectée et canalicules dentinaires) ;

3° Traiter les complications : périostite à ses divers degrés et désordres consécutifs ;

4° Réparer les pertes de substance par l'obturation ou les couronnes artificielles.

1° Faciliter la sortie des gaz et des liquides enfermés dans la dent. — C'est la première indication à remplir en présence d'une dent à pulpe morte.

Il peut se présenter deux cas :

a. La cavité pulpaire n'est pas ouverte. — La dent n'a pas de cavité de carie, la pulpe est morte à la suite d'un traumatisme ou d'un état diathésique, la dent porte une ancienne cavité fermée par une obturation, ou enfin la cavité cariée, quoique non obturée, ne communique par aucun pertuis avec la cavité pulpaire.

Dans ce cas, il faut trépaner la dent sur sa face triturante et en dirigeant un foret bien aiguisé *dans l'axe de la dent*, si elle est à racine unique ou bifide ; *un peu obliquement*, si elle est multiradiculaire.

La trépanation est suffisante lorsque le foret a pénétré dans la cavité pulpaire, ce que l'on ressent très bien par l'absence de résistance et par l'odeur spéciale qui s'échappe de cette ouverture, odeur souvent assez forte pour que l'opérateur puisse la sentir d'où il est placé, et dont la pointe du foret reste imprégnée.

La sonde doit, par cette première ouverture, pénétrer facilement dans le canal.

Dans les dents multiradiculaires, après cette trépanation oblique, il faut, pour atteindre les autres canaux, creuser par la même ouverture une voie verticale vers les canaux antérieurs, soit à l'aide du même foret ou d'une fraise, soit encore à l'aide des mêmes instruments montés sur la pièce à main à angle droit du tour dentaire, suivant la position de la dent.

Dans la 2e classe des caries du 4e degré, lorsqu'il y a de la périostite aiguë et par suite une vive douleur, il est préférable de se borner, dans la première séance, à cette trépanation sans autre manœuvre de nettoyage que des irrigations antiseptiques, afin de ne pas exacerber la périostite et de ne pas augmenter la douleur.

Généralement cette seule ouverture de la cavité pulpaire suffit pour produire un soulagement souvent immédiat, quelquefois après deux ou trois heures ; il en est de même pour les dents déjà obturées, à moins que l'obturation ne puisse s'enlever sans grands efforts ou que l'on ne soit en présence d'une récidive de périostite et que la cavité pulpaire et les canaux soient déjà obturés. Dans ce cas, il faut les désobturer également.

b. La cavité pulpaire est ouverte. — La dent porte une carie pénétrante, atteignant la cavité de la pulpe, avec laquelle elle communique par une ouverture plus ou moins large.

Cette ouverture est, soit un étroit pertuis qui fait communiquer la cavité de la carie avec la cavité pulpaire et que l'on découvre difficilement avec la pointe d'une sonde fine, soit une ouverture large où pénètre l'excavateur, soit enfin la voie artificielle

créée à travers la dent par la trépanation indiquée plus haut.

Il faut maintenant faciliter l'évacuation des liquides et des gaz résultant de la putréfaction de la pulpe.

Irrigations. — La première manœuvre consiste dans des irrigations antiseptiques tièdes avec la seringue ou la poire en caoutchouc, que l'on répète un certain nombre de fois. Ces irrigations nettoient la cavité de la carie et entraînent au dehors les liquides et les débris mobiles putréfiés d'aliments, d'ivoire et de pulpe qu'elles atteignent et qui auraient pu, dans le cours des manœuvres d'exploration, être entraînés par la sonde dans l'alvéole. Elles doivent, du reste, être continuées pendant les diverses manœuvres opératoires susceptibles de laisser après elles des débris quelconques.

Le soulagement immédiat qu'elles procurent le plus souvent au malade, dans les cas de périostite, montre leur efficacité.

Lorsqu'il y a déjà, à la pointe de la racine, une collection purulente, il faut tenter de faire évacuer le pus par la cavité pulpaire ainsi ouverte. Souvent cela se produit spontanément. Quelquefois on obtient ce résultat en enfonçant une sonde à travers le canal jusque dans le sac de l'abcès. On presse ensuite sur la gencive, pour la vider entièrement par cette voie, et on laisse le canal ouvert jusqu'au lendemain.

2° **Antisepsie de la dent infectée.** — La conséquence de la carie du 4e degré est l'infection de la dent presque entière par la décomposition graduelle de la pulpe, de ses prolongements radiculaires, infection qui se répand à travers la dentine par les canalicules dentinaires.

Après l'ouverture de la cavité pulpaire et la sortie des gaz et des liquides qui y sont enfermés, la suite du traitement comporte la désinfection de cette dent en s'attaquant d'abord :

1° Aux parties d'ivoire ramolli et carié, soit la *résection de la dentine cariée* ;

2° Aux débris de la pulpe qui se trouvent dans la cavité pulpaire et dans les canaux radiculaires, que l'on enlève par le *nettoyage des canaux* ;

3° Enfin il reste à poursuivre la désinfection jusque dans les canalicules de l'ivoire par l'introduction de médicaments antiseptiques suffisamment volatils pour être absorbés et pour imprégner la dentine infectée, c'est-à-dire faire l'*antisepsie des canalicules dentinaires ou de la dentine.*

a. Résection de la dentine cariée. — Après les irrigations, il faut, pour compléter le nettoyage de la cavité cariée, enlever, comme nous l'avons indiqué dans les caries des 2e et 4e degrés, tout l'ivoire ramolli.

Cette opération se fait à l'aide des rugines à cuillère et des fraises montées sur le tour dentaire.

On peut réséquer hardiment, puisqu'il n'y a plus aucune sensibilité, partant aucune douleur.

Cette résection a pour but, comme dans les caries précédentes,

de nettoyer parfaitement la cavité cariée et aussi d'ouvrir largement la cavité pulpaire.

Il faut, pour sauver la dent, rendre les canaux facilement accessibles. S'il est même nécessaire de sacrifier une partie de la couronne, on ne doit pas hésiter, afin de conserver le restant de l'organe.

Le sectionnement partiel de la couronne s'obtient à l'aide de ciseaux à émail et de la meule. L'intérieur de la cavité doit être fraisé.

Les caries intersticielles peuvent être transformées en caries de faces triturantes. Cependant, s'il s'agit de caries siégeant sur la face distale des grosses molaires, il est préférable, pour éviter une trop grande perte de substance, de faire, comme nous l'avons indiqué pour les caries du 3e degré, une autre ouverture au foret sur la face triturante, pour permettre la pénétration des sondes dans les canaux. L'ouverture postérieure de la carie devient alors sans utilité pour le traitement et peut être obturée aussitôt que cela est possible.

L'entrée des canaux peut être agrandie. Pour cela, on emploie les fraises flexibles de Gates. Il faut de grandes précautions pour ne pas les briser, ce qui boucherait l'entrée du canal. On emploie également les petits trocarts d'Hopkins. Il faut éviter de faire un faux canal.

La cavité doit être ouverte de telle façon que les sondes pénètrent facilement sans trop grande courbure.

On a conseillé également l'agrandissement du canal, ce qui constitue un procédé de nettoyage excellent, mais qui n'est pas toujours praticable.

Pour éviter le refoulement dans les canaux des parties détruites de l'ivoire dans l'intérieur, on doit constamment irriguer pendant l'opération avec la seringue ou la poire en caoutchouc. Le liquide employé doit être antiseptique : eau oxygénée, diluée dans trois ou quatre fois son volume d'eau (Dubois) ; une solution d'acide phénique, d'hydrate de chloral à 1 p. 100 ; de bichlorure de mercure à 1 p. 1000 ; solution d'acide phénique à 3 p. 100 ; solution d'eau chloroformée ; solution d'acide borique à 3 p. 100 ; solutions d'acide thymique, de menthol ou de résorcine.

Le nettoyage de la cavité une fois obtenu, on dégage l'entrée des canaux que l'on a agrandis à la fraise.

b. Nettoyage et désinfection des canaux radiculaires. — Cette opération, qui suit la précédente, se fait en introduisant dans les canaux des sondes chargées de coton imbibé d'un liquide antiseptique et en tirant au dehors, par un mouvement de torsion, les divers détritus résultant de la décomposition de la pulpe et de ses rameaux radiculaires.

On a conseillé, pour le nettoyage des canaux, toute la série des antiseptiques, seuls ou associés : les sels de mercure, la créosote, l'acide phénique, le permanganate de potasse, l'acide thymique, le sulfocarbol, la glycérine thymolée, le chlorure de zinc, l'eucalyptol, la teinture d'iode, l'iodoforme, auquel, à cause de l'odeur,

M. Mahé a proposé de substituer l'iodol, l'airol [1], enfin l'eau oxygénée, qui est un des meilleurs médicaments pour combattre l'infection des canaux dentaires, surtout en cas de suppuration, car l'oxygène se combine avec l'hydrogène du pus et le liquéfie [2]. Cette combinaison de l'eau oxygénée avec le pus est indiquée par les bouillonnements, les bulles qui se forment à l'entrée du canal pendant la présence de la mèche chargée d'eau oxygénée.

Tant que ces bulles se forment, il faut continuer le nettoyage (Amoëdo). Le chloroforme a été également recommandé (Bonnard).

M. Schreier, de Vienne, a préconisé également le potassium, qui, introduit dans le canal, saponifie toutes les matières putrides, en donnant lieu à un dégagement de chaleur et de lumière. Ce procédé demande la pose de la digue et de grandes précautions, par suite de l'action du potassium en présence des liquides [3].

Nous avons déjà rappelé que Coleman a indiqué l'acide arsénieux comme antiseptique à placer à l'entrée du canal laissé vide sans autre substance et recouvert immédiatement d'une obturation.

Le nettoyage des canaux exige de grandes précautions et une certaine dextérité.

Les instruments les plus commodes sont, comme pour l'extraction des nerfs dentaires, les équarrissoirs d'horloger détrempés. Il faut qu'ils soient assez détrempés pour qu'en les courbant ils ne se brisent pas ; il faut qu'ils ne le soient pas trop, afin que le moindre obstacle ne les fasse pas plier, et qu'ils conservent encore une certaine rigidité.

Aussi la préparation de ces sondes exige-t-elle de grands soins ; en effet, quelques-unes doivent être extrêmement fines pour pénétrer dans certains canaux étroits, comme ceux des racines externes des molaires supérieures par exemple.

Un des meilleurs procédés de détrempe consiste à les placer dans un moufle rempli de sable, que l'on fait rougir et que l'on laisse refroidir lentement.

Mais ces sondes doivent être garnies de mèches de coton, que l'opérateur prépare lui-même en roulant quelques bribes de coton hydrophile, entre le pouce et l'index de la main gauche, autour de la sonde tenue de la main droite. Ces mèches doivent être presque cylindriques, régulières et se dégager de la sonde facilement, par simple pression, en formant une sorte de fourreau.

On comprend que, fabriquées ainsi entre les doigts de l'opérateur, les mèches risquent de se charger d'un produit septique qui pourrait être introduit ensuite dans le fond du canal.

Aussi la sonde doit-elle être aseptique, c'est-à-dire qu'il faut lui appliquer toutes les prescriptions imposées aux autres instruments [4].

---

1. Voir *Odontologie*, 1896.
2. L. Larrivé, *L'eau oxygénée, son emploi en chirurgie*, Paris, 1893.
3. *Congrès de Chicago* (*Odontologie*, 1893).
4. Voir *Antisepsie du matériel opératoire*.

Mais la mèche doit être aussi aseptique ou imbibée d'un liquide antiseptique.

Enfin, il faut éviter, pour ces mêmes raisons, dans les tâtonnements que l'on fait pour trouver l'entrée du canal, de toucher avec la pointe de la mèche la gencive ou le collet d'une dent voisine. Les mèches doivent être introduites dans le canal avec beaucoup de précaution et de lenteur. Les premières doivent être d'un diamètre bien inférieur à celui du canal, afin d'éviter de faire piston et de refouler vers l'apex les débris infectés, ce qui produirait immédiatement une poussée inflammatoire souvent très violente et très douloureuse du côté du périoste.

Le nettoyage du canal peut être considéré comme suffisant quand les mèches ainsi introduites sortent *blanches*, *sèches* et sans aucune *odeur fétide*. Avant d'obtenir ce résultat, il faut en introduire un certain nombre, vingt, trente, cinquante, quelquefois plus, surtout lorsqu'il y a du pus au fond du canal.

Aussi est-il quelquefois difficile de terminer le nettoyage en une seule séance. Un peu de douleur dans la gencive est aussi une indication de remettre le traitement à une séance suivante.

Avant d'obtenir des mèches de coton blanches, sèches et sans odeur, plusieurs séances sont souvent nécessaires. Dans ce cas, on laisse dans le ou les canaux une mèche de coton imbibée d'un liquide antiseptique, en fermant la cavité de la dent avec un pansement formé d'une boulette de coton iodé ou un pansement occlusif avec de la gutta-percha (Dubois).

Pourtant, si l'infection ou la suppuration est encore grande, s'il existe de la douleur à la percussion, il est préférable de ne fermer qu'imparfaitement cette cavité, afin de laisser une issue aux gaz ou aux liquides ; le coton iodé, légèrement pressé, convient très bien dans certains cas ; il vaut même mieux n'employer ni mèche ni coton, sauf pendant les repas, où le malade doit mettre une boulette de coton afin de prévenir l'entrée de débris alimentaires. Il faut, dit Brasseur, habituer lentement la dent à l'occlusion.

c. Nettoyage et obturation immédiate des canaux. — Certains opérateurs ont préconisé le nettoyage et même l'obturation immédiate et définitive des canaux dentaires en une seule séance. Cette pratique est indiquée dans certains cas favorables où l'infection est faible, ou lorsqu'il existe des fistules, pour donner issue au gaz ou aux liquides. Dans les autres cas, elle semble téméraire, malgré la statistique d'un certain nombre de succès (Cunningham). Dubois conseille pourtant de mettre, dès la première séance, par-dessus la mèche antiseptique laissée dans le canal, un pansement occlusif à la gutta-percha, qui, suivant les cas et la sensibilité, peut être changé au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, quelquefois plus. Il considère cette pratique comme préférable au pansement à la *boulette de coton*, qui, en quelques heures, s'imprègne de salive et d'aliments et s'infecte.

Le nettoyage des canaux est l'opération la plus importante du traitement de la carie du 4e degré ; il faut lutter contre les produits

de putréfaction résultant de la décomposition de la pulpe et des rameaux radiculaires, et contre l'envahissement des microbes. Aussi l'emploi des médicaments antiseptiques puissants est-il nécessaire. On les emploie généralement à l'état pur, aucune intoxication n'étant à craindre par suite de la petite quantité qui est portée par la mèche dans le canal.

Il n'y a pas lieu de distinguer les désinfectants des antiseptiques, mais il faut éviter les antiseptiques caustiques, excepté lorsqu'il reste un point sensible le long des parois du canal ; projetés au fond de l'alvéole, ils provoquent de l'irritation du périoste.

Il faut donner la préférence aux médicaments volatils, par suite des difficultés d'accession au fond des canaux ou dans les anfractuosités le long de leurs parois.

Les essences, déjà stimulantes, conviennent parfaitement si elles ont un pouvoir antiseptique reconnu. D'après Chamberland, les essences qui sont les plus antiseptiques à l'état de vapeur et en solution sont la cannelle de Ceylan, la cannelle de Chine et l'origan ; l'essence de girofle, qui est assez énergique en solution, n'est pas stérilisante à l'état de vapeur ; l'acide thymique, la cannelle de Chine se sont montrés plus actifs que l'acide phénique, le chlorure de zinc et l'acide borique [1].

Cette citation justifie les résultats que l'on obtient dans la pratique avec les formules d'antiseptiques employés pour le nettoyage des canaux et qui contiennent de l'essence de girofle, de l'acide thymique.

Nous verrons que l'action chimique de ces médicaments est complétée par des moyens physiques comme la sécheresse, la chaleur, etc.

d. Antisepsie des canalicules dentinaires et de la dentine infectée. — Les travaux des micrographes ont montré quels ravages sont produits dans le tissu dentinaire pendant la carie du 4e degré et combien les canaux dentaires sont loin de conserver leur forme normale par suite des anfractuosités creusées à l'entrée des canalicules.

Or ces anfractuosités sont difficilement atteintes pendant le nettoyage des canaux ; les canalicules de l'ivoire ne le sont pas du tout. La dent ne peut donc être considérée comme désinfectée, comme guérie.

La désinfection des canalicules de l'ivoire s'obtient par la pénétration de médicaments antiseptiques.

Ceux qui peuvent être plus facilement absorbés sont naturellement les plus volatils, comme nous le disions plus haut. On a pour les mêmes raisons conseillé l'emploi du chloroforme (Bonnard).

On facilite l'absorption de ces divers médicaments par plusieurs procédés :

1° La *sécheresse* est une des conditions nécessaires du traitement des canaux dentaires, car la salive contient de nombreux microbes

---

1. Chamberland, *Les essences, au point de vue de leurs propriétés antiseptiques* (*Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1877, p. 253).

contre l'introduction desquels il faut protéger la dent déjà nettoyée. On l'obtient en isolant la dent à l'aide de la digue en caoutchouc.

2° La *chaleur* complète l'action de l'isolement et de la sécheresse obtenue grâce à la pose de la digue.

La chaleur s'emploie pour deux motifs : 1° pour achever la destruction des microbes ; 2° pour faciliter l'absorption par les canalicules dentinaires des médicaments antiseptiques portés dans le canal. Divers procédés sont employés pour utiliser la chaleur dans le traitement des canaux, soit en projetant de l'air chaud, à l'aide de la poire à air chaud, de l'injecteur électrique de Barbe, de Telschow, de l'appareil de Bing, de Brasseur projetant de l'air comprimé et chaud ; à l'aide de tiges rougies portées dans le canal, comme nous l'avons préconisé ; avec les sondes galvano-caustiques [1], comme l'a indiqué Roger ; à l'aide du thermo-cautère de Paulme ou des tiges d'argent d'Amoëdo.

e. Blanchiment des dents. — Une des conséquences les plus fréquentes de la carie du 4e degré est la coloration grisâtre de la dent par suite de la décomposition souvent rapide de la pulpe et des fibrilles dentinaires dans les canalicules de l'ivoire. La dent prend une teinte gris-ardoisé, quelquefois rouge foncé ou même noire, qui, dans les dents antérieures, est d'un très mauvais effet.

Le traitement antiseptique de la dent terminé, on doit, avant de l'obturer, faire disparaître cette coloration anormale que le traitement a souvent déjà bien diminuée, surtout si l'on a employé l'eau oxygénée. Pour cela, on recourt à divers médicaments, le chlorure de chaux, l'acide sulfureux, l'alun, l'iode métallique, l'acide oxalique, le chlorure d'alumine, l'hypochlorite de soude ou liqueur de Labarraque, le chlore à l'état naissant.

Parmi les procédés pour obtenir le blanchiment des dents, il en est d'immédiats et de médiats.

Procédés immédiats. — Placer dans la dent quelques cristaux de chlorure d'alumine, les mouiller avec de l'eau oxygénée, laisser en contact 3 à 5 minutes, puis laver la cavité avec de l'eau distillée, et neutraliser les résidus acides par une solution de borate de soude à 15 p. 100, obturer ensuite (Harlan).

On peut aussi employer l'alun calciné, mouillé par la liqueur de Labarraque.

Procédés médiats. — La dent bien lavée à l'eau oxygénée, la digue étant placée, on sèche la cavité à l'air chaud, puis on place une pâte de chlorure de chaux et d'acide acétique (Trueman, Andrieu) et on recouvre vivement de gutta-percha. On rouvre deux jours après et l'on recommence deux ou trois fois. Le blanchiment est produit par l'action du chlore à l'état naissant. Eviter de se servir d'instruments d'acier qui noircissent au contact du chlore. Kirk conseille l'emploi du sulfite de soude (5 grammes), mêlé à l'acide borique (3 grammes).

On place cette poudre dans la cavité humectée d'une goutte d'eau,

---

1. Voir *Odontologie*, 1882.

pour produire un dégagement d'acide sulfureux, et l'on ferme rapidement à la gutta-percha.

On répète ce traitement deux ou trois fois. Au moment de l'obturation on place dans la cavité du ciment blanc ou une feuille d'or à aurifier.

Toutes les parties de la dent étant parfaitement antiseptiques, cavité cariée, cavité pulpaire, canaux radiculaires et canalicules dentinaires, on vérifie les résultats obtenus par *l'obturation provisoire.*

f. Obturation provisoire des canaux. Pansement a demeure. — Lorsque les mèches placées dans les canaux sortent propres, blanches, sèches et sans odeur putride, la dent peut être considérée comme guérie. Cependant, pour être tout à fait à l'abri d'une récidive, on a l'habitude de faire une obturation provisoire de la dent et du canal pendant une semaine environ. Dans ce cas, on laisse dans le canal une mèche antiseptique, on obture la dent à la gutta-percha et si, au bout de huit jours au moins, les résultats se maintiennent, si la mèche sort blanche, sèche et sans autre odeur que celle du médicament employé, si la dent est solide et insensible à la percussion et la gencive sans coloration anormale, le canal et la dent sont prêts pour l'obturation définitive.

L'action des médicaments employés pour les pansements à demeure doit être différente de celle des médicaments employés pour les irrigations ou pour les mèches détersives.

Cette action doit être lente, persistante. Le médicament employé doit continuer à imprégner les parois du canal et la dentine, afin d'éviter tout retour de l'infection, défendue déjà par l'occlusion aussi parfaite qu'il est possible des deux ouvertures de la dent ; le foramen de l'apex doit être bouché autant que cela est possible [1] et l'ouverture de la carie fermée par l'obturation. Les médicaments volatils, tels que l'acide thymique, le menthol, l'essence de girofle, l'eucalyptol, l'iodoforme, conviennent parfaitement. Le charbon et surtout l'oxyde de zinc donnent également de bons résultats.

Si l'infection ou la suppuration résistent aux divers traitements indiqués, si la dent reste chancelante ou sensible à la percussion, c'est qu'elle est atteinte de périostite chronique compliquée de kystes radiculaires ou de tumeurs du périoste ; qu'il y a un corps étranger dans l'alvéole, tel qu'un débris de tire-nerfs ou de sonde cassée ; qu'il y a résorption de la racine ou ouverture anormale résultant de nécrose ou de manœuvres opératoires. Dans ces cas, il faut pratiquer la perforation de l'alvéole, la résection de la pointe de la racine ou l'extraction avec ou sans réimplantation de la dent, comme nous l'indiquons plus loin au traitement de la périostite chronique [2].

Carie des dents de première dentition. — *Caries des 2e et 3e degrés.* — Nous renvoyons à ce que nous avons déjà dit pour le traitement des caries des 2e et 3e degrés.

---

1. Voir *Obturation des canaux.*
2. Voir *Périostite chronique.*

Caries du 4e degré. — Contrairement à un préjugé assez répandu, les dents de la première dentition se soignent comme les dents de la 2e dentition, même lorsqu'elles sont cariées au 4e degré, même lorsqu'elles donnent naissance aux complications diverses de la périostite (fluxions, abcès alvéolaires, etc.).

Sa seule contre-indication est l'âge du sujet, indiquant l'apparition prochaine de la dent de remplacement.

Donc, en cas de carie du 4e degré d'une dent de la première dentition, on doit ouvrir la cavité pulpaire, faire des irrigations antiseptiques, nettoyer et antiseptiser les cavités pulpaires et radiculaires, et, après guérison, obturer la cavité pulpaire avec une pâte antiseptique et faire dans la cavité cariée une obturation plastique à la gutta-percha, au ciment ou à l'amalgame, suivant les cas.

La pâte de Witzel au sublimé et à l'oxyde de zinc, qui ne peut être employée pour les dents permanentes par suite de la coloration noire qu'elle donne à la dent, réussit fort bien pour les dents infectées de la première dentition, cet inconvénient n'ayant qu'une importance relative pour les dents dont la chute est prochaine.

Article VI. — Traitement des diverses complications de la carie du 4e degré.

Le traitement que nous venons d'exposer et qui consiste dans l'ouverture de la cavité pulpaire, le nettoyage des canaux et l'antisepsie de la dentine, forme le meilleur procédé de guérison des diverses complications de la carie du 4e degré et particulièrement de la périostite à ses divers degrés.

En détruisant la cause qui les avait produites, on a le plus souvent guéri en même temps les complications ou tout au moins on les a mises en voie de guérison.

Aussi le traitement de ces diverses complications, que nous allons étudier maintenant, comprend-il plutôt des mesures complémentaires du traitement principal, dans le but de calmer la douleur ou d'activer la guérison; mais il reste toujours entendu que, préalablement à tout autre traitement, la dent, cause du désordre, aura dû être ouverte, le canal nettoyé et rendu aseptique, comme nous l'avons indiqué.

Périostite alvéolo-dentaire aiguë. — Périostite sub-aiguë. — C'est la forme la plus légère de cette affection.

Elle est quelquefois produite par des traumatismes, un froid, une compression, etc. ; quelquefois aussi elle est une des conséquences de la mortification de la pulpe à son début.

Avec le traitement antiseptique de la dent, si elle est cariée, de simples applications révulsives suffisent pour la faire disparaître : badigeonnages de teinture d'iode 2 gr., alcoolature d'aconit 5 gr., et chloroforme 1 gr. (Brasseur) ; pointes de feu, etc.

On a encore conseillé les mélanges suivants :

Teinture d'aconitine.

Aconitine cristallisée	0 gr. 05
Alcool à 80°	30 gr.

Teinture de napelline.

Napelline	0 gr. 10
Alcool à 80°	30 gr.

Ajouter une de ces deux teintures avec partie égale de teinture d'iode (Dubois).

Périostite aiguë proprement dite. — Elle peut être combattue par les mêmes révulsifs, en répétant les badigeonnages plus fréquemment.

On peut également combattre la congestion consécutive, à l'aide de la chaleur qui favorise le processus inflammatoire (bains de bouche chauds, avec décoction de pavot et camomille ou guimauve); avec du froid, qui contracte les vaisseaux de la partie congestionnée (glace pilée); ou enfin par une petite saignée locale qui décongestionne ; cette saignée peut se faire à l'aide de scarifications ou de sangsues (une ou deux).

Scarifications. — Les scarifications doivent être faites verticalement au nombre de cinq ou six, le long de la racine de la dent malade, sur ses faces labiale et linguale, et assez profondes. Elles suffisent souvent pour arrêter une périostite à sa période de début et pour calmer les douleurs.

Mode d'application de la sangsue sur la gencive. — Laver la région à l'eau tiède, puis, la sangsue placée dans un tube de verre de forme appropriée, la porter dans le sillon gingivo-labial en faisant adhérer l'ouverture du verre sur le point le plus congestionné. Piquer au besoin la gencive si la sangsue prend difficilement. Maintenir le tube en place pendant 15 minutes environ. Si la sangsue ne se détache pas seule, appliquer sur la gencive un peu d'eau salée ou vinaigrée.

Si l'hémorragie continue longtemps après que la sangsue est retirée, employer les hémostatiques habituels.

Il faudrait faire boire au malade de l'eau salée ou vinaigrée, si par malheur la sangsue tombait dans le pharynx ; lui administrer des vomitifs, si elle glissait dans l'estomac.

Injections de morphine. — On peut utilement employer, dans les poussées de périostite aiguë, les injections de morphine. Injecter une demi-seringue de 6 en 6 heures du mélange suivant :

Chlorhydrate de morphine	0 gr. 02
Alcool	0 gr. 05
Eau distillée	1 gr.

Sachets. — On emploie également avec avantage les *capsicum bags*. Ce sont de petits sachets de toile fine, contenant du poivre de Cayenne en poudre (Flagg). On les applique pendant une à deux heures sur la partie malade.

On emploie encore les *sachets résolutifs de Garretson*, ainsi composés:

Acétate de plomb	0 gr. 5
Teinture d'opium	0 gr. 5
Eau	5 gr.

Une rondelle d'amadou imbibée de ce mélange est appliquée sur la gencive.

Médication générale. — On peut ordonner une potion à l'hydrate de chloral :

Hydrate de chloral	2 gr.
Sirop de groseilles	25 —
Eau	25 —

à prendre en deux fois,

ou une potion d'antipyrine :

Antipyrine	2 gr.
Limonade citrique	60 —

à prendre en deux fois. (Bouchut.)

Il ne faut jamais de cataplasmes ni d'applications chaudes externes, qui pourraient provoquer l'ouverture de l'abcès en formation à travers la peau.

Quelques auteurs conseillent un traitement général pour combattre la fièvre, une dérivation intestinale, etc., des antipyrétiques,



Fig. 46. — Section d'un maxillaire supérieur, montrant un abcès alvéolaire sur une incisive médiane supérieure. — *a*, gencive ; *b*, os maxillaire ; *c*, point de la dent où doit se pratiquer la trépanation ; *d*, voûte palatine ; *e*, ouverture de la fistule dentaire ; *f*, incisive montrant le canal de la dent rempli de pus.

purgatifs, diurétiques dérivatifs, des bains de pieds, etc., puis, lorsque la suppuration apparaît, des toniques et des stimulants (Coleman) ; pourtant le traitement local suffit le plus souvent.

Périostite phlegmoneuse. — Lorsque le pus est formé (abcès) et qu'il s'échappe par la gencive ou au collet de la dent, il faut lui donner rapidement issue, en ouvrant la gencive au bistouri ou au thermo-cautère du côté gingivo-vestibulaire. Il peut même être nécessaire, pour l'atteindre, de trépaner la paroi alvéolaire au niveau de la pointe de la racine avec un gros foret (fig. 46). Seulement il est souvent difficile de pénétrer exactement dans le foyer

de suppuration, qui peut se trouver à une certaine distance de la dent. Il faut, dans tous les cas, en surveiller la sortie afin de prévenir une ouverture cutanée.

Tomes conseille l'emploi d'un bistouri à double tranchant, à lame courte et forte, que l'on enfonce avec force, de manière à traverser même l'os spongieux, pour atteindre l'abcès.

Périostite alvéolo-dentaire chronique. — Lorsque la périostite affecte la forme chronique, le traitement de la carie du 4e degré par le canal est grandement facilité par la présence d'une fistule gingivale ou cutanée.

Le traitement du canal de la dent suffit généralement pour faire disparaître ces désordres, soit pendant le cours du traitement, soit peu de temps après; on voit la suppuration se tarir, l'orifice de la fistule se boucher et se cicatriser.

On active la cicatrisation par des pointes de feu ou des badigeonnages répétés d'iode et d'aconit sur la gencive deux fois par jour.

Drainage. — Le *drainage* de la dent a encore été indiqué (Hulliler, Magitot) comme traitement de la périostite chronique, au lieu du traitement antiseptique actuellement pratiqué par le canal radiculaire.

Cette opération consistait, soit en un tube de platine placé au milieu d'une obturation et communiquant avec la cavité pulpaire ou avec le canal radiculaire, soit en une ouverture horizontale faite au collet de la dent et communiquant avec la cavité pulpaire ou traversant la dent de part en part.

Ce canal avait pour but de permettre aux gaz ou aux liquides, résultant de la décomposition de la pulpe, de s'échapper librement.

On comprend les inconvénients d'un pareil procédé: la salive, les débris d'aliments y pénétraient malgré le nettoyage journalier auquel le patient était astreint, l'infection y était permanente et, si l'ouverture se bouchait, des poussées inflammatoires se produisaient du côté du périoste.

Ce procédé a été condamné depuis par la majorité des praticiens (Brasseur, Coleman, Dubois, etc.).

Pourtant il est des cas où la dent, atteinte de périostite chronique, ne guérit pas, malgré le traitement antiseptique du canal: c'est lorsqu'il existe à la pointe de la racine des kystes radiculaires ou des tumeurs du périoste; le tissu néoplasique ne saurait se dissoudre ni se résorber.

Destruction des kystes. — On a pourtant tenté encore de conserver la dent, en faisant une ouverture à travers l'alvéole par la partie vestibulaire et en détruisant le kyste, soit à l'aide de la fraise, soit à l'aide d'un caustique (le chlorure de zinc).

On a même proposé de réséquer la pointe de la racine sur laquelle le kyste est fixé (Martin, de Lyon). Farrar a conseillé pour pratiquer la fistule artificielle un moyen radical qui consiste à porter la couronne d'un trépan sous la gencive au point correspondant de la racine malade (fig. 47). Mais il est bien difficile de tomber avec le trépan à l'endroit précis de l'abcès de la racine pour la réséquer nettement.

Enfin Black conseille l'amputation de la racine malade sur les dents multi-radiculaires.

Ces diverses opérations ne dispensent pas du traitement antiseptique de la dent et des cavités pulpaires et radiculaires.

On peut encore essayer la greffe, c'est-à-dire l'extraction de la dent, l'ablation du kyste et de la pointe de la racine et la réimplantation de la dent.

Enfin, si ces divers procédés n'ont aucune chance de succès, il n'y a plus qu'à pratiquer l'extraction définitive.

Fluxion. — La fluxion est une complication fréquente de la carie du 4e degré.

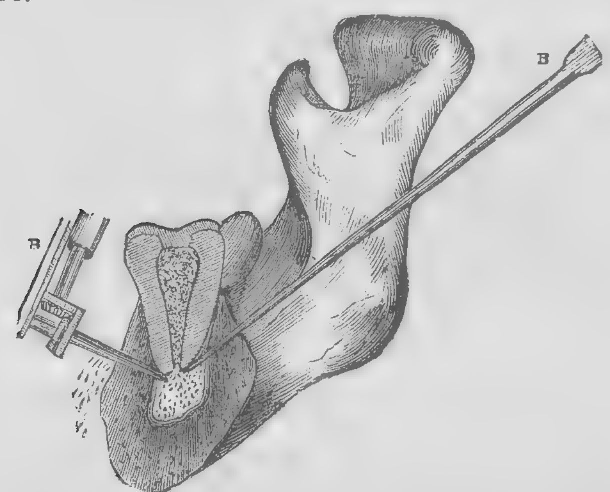


Fig. 47. — Section de la mâchoire inférieure montrant l'abcès dans les racines d'une seconde grosse molaire et la méthode pour produire la fistule artificielle (Farrar).

Au traitement de la dent il faut ajouter l'emploi des émollients, tels que les bains de bouche avec la décoction de guimauve et de pavot, de chlorate de potasse et d'alcoolé d'opium.

Lorsque la fluxion est à *forme œdémateuse*, elle se produit assez rapidement, comme celles qui se forment à la suite des injections de cocaïne.

Lorsqu'elle est avec *phlegmon circonscrit*, il faut, au bout de trois ou quatre jours, donner issue au pus qui s'est formé, par une ouverture dans le sillon gingivo-labial, qu'il ne faut pas laisser refermer avant que toute trace de suppuration soit tarie.

La fluxion avec *phlegmon diffus*, qui est beaucoup plus grave, nécessite l'extraction de la dent ou des dents malades. L'importance du foyer purulent oblige à de larges incisions. La gravité de l'affection commande l'intervention d'un chirurgien.

La fluxion n'est pas, comme un préjugé assez répandu le fait croire, une contre-indication de l'extraction d'une dent. Seulement cette opération est un peu plus douloureuse dans ce cas et les précautions antiseptiques sont plus impérieuses.

Si, pour des motifs divers, on décide que le traitement conservateur ne doit pas être tenté, l'extraction abrège la période douloureuse et la durée de la fluxion, qui, au lieu de se prolonger huit à dix jours, disparaît le lendemain ou le surlendemain de l'opération.

Abcès. — Lorsque l'abcès dentaire est formé, le mieux est de donner le plus rapidement possible issue au pus. Quelquefois, la poche de l'abcès communiquant facilement avec le foramen de l'apex de la racine, le pus s'écoule facilement à mesure qu'il se forme et le traitement de la dent par son canal radiculaire suffit [1]. Il en est souvent ainsi avec les dents à racine unique. Comme nous l'avons dit, on introduit une sonde par le canal radiculaire jusque dans le sac de l'abcès et l'on voit sourdre le pus dans la cavité pulpaire. L'abcès se guérit alors très rapidement par le traitement de la carie du 4e degré.

Dans le cas où l'on ne peut vider l'abcès par cette voie, le mieux est de l'ouvrir largement, soit du côté de la gencive, soit du côté du palais, suivant que l'on a affaire à un abcès vestibulaire ou palatin, comme il est indiqué au traitement de la périostite phlegmoneuse.

Fistules. — Comme nous l'avons dit, les fistules dentaires gingivales ou cutanées guérissent généralement à la suite du traitement antiseptique de la dent qui les a provoquées.

Les fistules gingivales sont extrêmement fréquentes. Plus rares sont les fistules cutanées, le malade effrayé de leur apparition prochaine se hâtant de se faire soigner.

Lorsqu'elles sont d'origine dentaire, le traitement seul de la dent ou son extraction suffisent. Quelques auteurs prétendent que la présence d'une fistule gingivale ou cutanée est une indication de l'extraction avec ou sans réimplantation; mais ce n'est pas la règle absolue. Il faut toujours tenter le traitement antiseptique par le canal de la dent. Ce n'est qu'en cas d'insuccès, ce qui est rare, que l'on peut tenter le remède héroïque. Quand on peut faire sortir, par l'orifice de la fistule, les médicaments antiseptiques injectés dans le canal radiculaire de la dent, cela active la guérison.

Nécrose. — La nécrose d'une partie du bord alvéolaire n'est pas une contre-indication du traitement conservateur de la carie du 4e degré.

La dent traitée, le séquestre enlevé, on voit souvent l'organe se consolider et rendre des services longtemps encore, si la nécrose n'a pas détruit une partie trop importante de l'alvéole dans lequel elle est maintenue.

Concurremment avec le traitement antiseptique de la dent, il faut traiter également la nécrose par des irrigations antiseptiques répétées au chlorure de zinc, au chloral ou au permanganate de potasse, ouvrir les abcès, pour faire évacuer le pus, extraire le séquestre sitôt mobile, soit en un seul morceau, soit par fragments, et ruginer l'os restant afin d'activer la séparation [2].

---

1. Voir *Carie du 4e degré.*
2. Voir Dubois, p. 565.

M. Heïdé a préconisé pour cette dernière opération une curette d'un modèle spécial.

Exostose. — La présence des exostoses sur les racines ou à leur pointe, lorsqu'elle a été soupçonnée, n'a pas été non plus signalée comme une contre-indication du traitement de la dent morte. La tolérance des tissus est très grande et une dent morte exostosée peut souvent encore rendre des services, lorsque la carie a été bien traitée.

Adénite. — L'adénite consécutive à la périostite alvéolo-dentaire disparaît généralement avec le traitement de la dent malade.

Pourtant, dans les cas où elle persisterait, on peut en activer la résorption par des onctions douces et prolongées avec une pommade résolutive telle que la suivante :

Iodure de potassium	4 gr.
Vaseline	20 —

(Aubeau.)

Dans le cas où il y a de la fluctuation, on fait une petite incision pour évacuer le pus.

Contracture musculaire. Trismus. — Le traitement local de la dent suffit généralement, lorsque la contracture est consécutive à la carie du 4e degré ; lorsqu'elle est produite par l'éruption vicieuse de la dent de sagesse, ce qui est plus fréquent, et qu'elle persiste ou se reproduit, l'extraction est le traitement indiqué.

En résumé, tout traitement qui amène la guérison de la périostite alvéolo-dentaire amène, par suite, la guérison de la contracture.

On peut activer cette guérison en essayant, concurremment avec le traitement de la périostite, la dilatation mécanique graduelle, à l'aide d'un coin, d'un ouvre-bouche, ou de simples efforts répétés avec la main.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du mardi 9 mars 1897.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. Papot. — Les procès-verbaux des deux dernières séances sont publiés dans le numéro du journal qui vient de paraître. Quelqu'un a-t-il des observations à formuler au sujet de ces procès-verbaux ?

Aucune observation n'est présentée ; les procès-verbaux sont mis aux voix et adoptés.

I. — Allocution du Président.

M. Papot prononce l'allocution suivante :

Avant d'aborder notre ordre du jour, permettez-moi, messieurs, de vous remercier du très grand honneur que vous m'avez fait en me confiant la direction de vos travaux.

Certes, de toutes les fonctions où m'a appelé, dans nos différents groupements, la bienveillance de mes confrères, celle qui me touche le plus est bien la présidence de la Société d'Odontologie de Paris. Soyez persuadés que, suivant l'exemple de mes distingués prédécesseurs, tous mes efforts tendront au développement de l'influence si justement acquise par cette Société.

*
* *

Pour juger une œuvre d'art, un tableau, une statue, il faut se mettre au point, il faut du recul ; de même, pour bien apprécier notre situation actuelle, il nous faut faire un retour vers le passé. Laissez-moi donc évoquer rapidement le tableau qu'offrait notre profession, lors de mes débuts, dans une petite ville de province. Hélas ! ce n'est pas d'hier, il y a trente ans déjà !

Chacun de nous vivait isolé de ses confrères, les jalousant et les dénigrant à l'envi, et gardait précieusement pour lui les quelques petits procédés qu'il croyait être seul à connaître. Nous n'avions pas d'autre journal que celui de Préterre (?), pas d'autres livres que les anciens traités dénichés à l'étalage des bouquinistes, et, pour ma part, j'étais très fier de posséder les traités de Fauchard, de Maury, de Lefoulon, qui composaient alors à peu près toute ma bibliothèque professionnelle et qui d'ailleurs restaient parfaitement inconnus des quelques confrères de la région que j'ai pu rencontrer à cette époque.

De temps à autre les journaux politiques annonçaient bien pompeusement l'apparition de nouveaux traités sur l'art dentaire ; mais, hélas ! ce n'étaient que des livres de réclame qui n'enrichissaient pas une bibliothèque ! Vers 1868 parurent différentes études sur l'art dentaire, notamment le *Traité de la carie dentaire* de Magitot ; mais, nous pouvons bien l'avouer entre nous, malgré leur valeur intrinsèque, ils étaient peu assimilables pour des praticiens, désireux de s'instruire certes, mais insuffisamment préparés à ce haut enseignement. Ce n'est qu'en 1874 que le Dr Stévens fonda, avec la maison Ash, le *Progrès dentaire*. C'est à cette date qu'il faut reporter le germe de la rénovation de notre profession. Peu après le Dr Andrieu fit paraître la traduction augmentée du *Traité* de Harris et Austen.

Dès lors le champ était ouvert aux travailleurs ; chacun, grâce au livre et au journal, se rendit compte de l'impérieuse nécessité de sortir de l'ornière. Après une période de gestation laborieuse, deux groupes se formèrent : les tempéraments rassis se réunirent au Dr Andrieu ; les jeunes, les ardents suivirent les CINQ, dont notre ami Godon fut le porte-drapeau. Le *Cercle des dentistes*, notre père à nous, était fondé !

Donc deux sociétés existaient, rivales certainement, ennemies même ; mais, cette rivalité, ne la regrettons pas, car elle servit puissamment le progrès, en attachant plus étroitement chaque membre au faisceau choisi par lui. Ces luttes, comme les fascines jetées dans le fossé d'une place assiégée, permettent à l'assiégeant de grimper à l'assaut ; ces luttes, dis-je, stimulèrent les hésitants et permirent d'escalader les difficultés du chemin à parcourir.

*
* *

Que voyons-nous aujourd'hui autour de nous? *École*, *Association*, *Syndicat*, *Société scientifique*, *Musée*, *Bibliothèque*, *Congrès*, *Journal*, *Caisse de prévoyance*, rien ne nous manque, et, si tout peut encore se perfectionner, rien du moins n'est plus à créer.

Membres de la Société d'Odontologie de Paris, nous fréquentant, nous connaissant, nous estimant par conséquent, nous nous communiquons ici nos succès comme nos insuccès, car les uns et les autres servent à l'instruction de tous ; nous pouvons sans fatuité reconnaître que de nos séances, toujours très intéressantes, sont sortis des travaux d'une incontestable utilité et dont un certain nombre sont absolument remarquables, tant au point de vue théorique qu'à celui plus important encore pour nous de la technique professionnelle.

L'Ecole dentaire de Paris, si modestement établie autrefois rue Richer, est trop à l'étroit actuellement dans cet hôtel et bientôt nous serons conviés à inaugurer une installation plus en rapport avec l'importance qu'elle a conquise.

Les livres d'études ne nous manquent plus et les étudiants n'ont que l'embarras du choix entre les bons traités qui enrichissent la littérature professionnelle ; parmi ceux-là il n'est que juste de constater que dans les meilleurs nous pouvons classer ceux qui émanent des membres de notre Société. Sans vouloir les indiquer tous, je ne puis résister au plaisir de vous rappeler l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, de Paul Dubois ; le *Formulaire pratique pour les maladies de la bouche et des dents*, de G. Viau ; les *Accidents de dentition*, de P. Poinsot ; les *Meilleurs moyens d'anesthésie à employer en art dentaire*, du Dr Sauvez ; le *Traité technique des préparations microscopiques à l'usage du dentiste*, de J. Choquet ; la *Photomicrographie*, de J. Choquet ; enfin ce *Manuel du chirurgien-dentiste* dont trois volumes sont parus : *Anatomie de la bouche et des dents*, par le Dr Sauvez ; *Pathologie des dents et de la bouche*, par le Dr Frey ; *Thérapeutique de la bouche et des dents*, par le Dr Roy.

Je viens de lire en épreuves le quatrième volume actuellement sous presse et je suis heureux d'être le premier à applaudir aux qualités de méthode et de technique que renferme le traité de *Clinique dentaire* de notre ami Godon.

Les revues professionnelles ne nous font plus défaut, et ce m'est encore un grand plaisir de constater que le plus important, comme le plus répandu des journaux français, est l'organe de notre groupement *l'Odontologie*, que sa prospérité croissante vient d'amener à augmenter, en même temps que son tirage, le nombre de ses pages, porté de 60 au minimum de 72 à partir du numéro de février.

Enfin nous avons conquis une situation officielle, car l'Etat, qui jusqu'alors nous ignorait, accorde maintenant à nos études la consécration de son parchemin. On peut cependant regretter que l'accession à ce diplôme ne soit pas précédée d'épreuves techniques plus nombreuses et plus sérieuses.

*
* *

Nous ne sommes donc plus les parias isolés d'autrefois. A quoi devons-nous cette heureuse transformation ? A la ténacité, à la foi des hommes qui ont accepté la direction de ce mouvement, à la mise en pratique par tous de la devise qu'ils ont donnée à notre Association, à ces deux beaux mots : UNION, PROGRÈS, auxquels il conviendrait d'en ajouter un troisième non moins beau : TRAVAIL.

Est-ce à dire que nous sommes arrivés complètement au but ? Non,

messieurs, il nous reste encore beaucoup à faire et sur le terrain syndical et sur le terrain scientifique.

Qui ne progresse plus décroît. Unissons donc nos efforts, progressons sans cesse, travaillons à augmenter notre bagage scientifique ; et ici c'est aux jeunes que je m'adresse : qu'ils viennent renforcer nos rangs, qu'ils nous apportent leurs observations, elles seront toujours écoutées avec intérêt et discutées avec courtoisie.

Restons unis pour la défense de nos intérêts communs et l'accroissement du patrimoine que trouveront ceux qui nous suivront. En véritables pionniers du progrès, développons ensemble le mouvement professionnel en France en nous rendant de plus en plus nombreux dans les Congrès nationaux annuels que vous avez fondés.

Applaudissons aux efforts qui se font jour sur quelques points de notre territoire et ne craignez pas la décentralisation qui nous sera un stimulant ; joignez-vous donc à moi pour adresser nos souhaits de bienvenue et de saine confraternité à la Société toute nouvelle des *Dentistes du Rhône*, groupés sous la présidence de notre illustre confrère, le Dr Claude Martin (*Marques d'approbation*).

Il importe qu'en présence du monde entier venant fêter à Paris l'aurore d'un siècle nouveau, vous ayez en 1900 une manifestation éclatante de l'art dentaire français. Je vous convie dès à présent à en préparer les éléments. En avant et toujours plus haut ! (*Applaudissements*).

II. — Correspondance.

M. Papot donne lecture d'une lettre anonyme et ajoute : « Si j'ai lu cette lettre, quoiqu'elle ne soit pas signée, c'est pour qu'elle figure au procès-verbal afin qu'on y réponde et qu'on montre à son auteur le peu de sérieux des raisons qu'il invoque. »

M. Prével. — Je suis d'avis de ne pas répondre, puisque cette lettre n'est pas signée.

M. d'Argent. — On a pu voir par la préface du dernier numéro de *l'Odontologie* que nous sommes loin de renier le passé, que nous faisons, au contraire, appel à tous nos confrères, humbles ou réputés, et qu'il n'y a d'exclusion prononcée contre personne ; cette lettre constitue donc une injure que nous ne méritons pas. En conséquence, on pourrait mentionner simplement au procès-verbal que cette lettre a été reçue et passer à l'ordre du jour.

La proposition de M. d'Argent est mise aux voix et adoptée.

III. — Présentation d'un malade. — IMPLANTATION DENTAIRE, par M. Mendel Joseph.

M. Joseph présente une malade avec une dent sèche implantée dans un alvéole artificiel et s'exprime ainsi :

J'ai l'honneur de vous présenter une malade, Mlle L., de 25 ans environ, de constitution satisfaisante, à laquelle, ainsi que vous pouvez le constater, je fis l'implantation de la première prémolaire supérieure droite.

L'opération fut pratiquée au mois de janvier 1895 dans le cabinet de M. le Dr Kuhn et en sa présence. Je ne puis en cette occasion ne pas adresser à M. le Dr Kuhn mes remerciements pour

l'amabilité avec laquelle il a mis à ma disposition toutes les ressources de son arsenal opératoire.

Avant d'exposer les quelques détails du manuel opératoire, d'ailleurs très simple et n'offrant aucune particularité, il convient de faire ressortir les deux points suivants :

1° La dent que j'étais appelé à remplacer fut extraite environ trois mois avant l'implantation ;

2° La dent extraite a été atteinte de carie profonde ayant déterminé des complications infectieuses profondes des régions alvéolaire et gingivale.

Je tiens à souligner cette dernière circonstance, afin d'affirmer que les accidents infectieux, même profonds, de la région ne sauraient constituer des contre-indications à la greffe dentaire.

Pour atteindre le but je me suis proposé de réaliser les conditions suivantes ;

1° Créer un alvéole aussi profond qu'il est possible et d'un diamètre tel que la racine de la dent greffée s'y trouve très serrée.

2° Assurer l'immobilité de la dent greffée durant le processus de sa consolidation ;

3° Opérer dans les meilleures conditions antiseptiques et assurer une grande propreté de la cavité buccale après l'opération.

Pour pratiquer l'alvéole artificiel je me suis servi des forets d'Ottolengui, dont le tranchant est vraiment remarquable. Le volume de la dent à implanter étant sensiblement plus grand que celui de la dent extraite, j'ai été obligé de diminuer la racine à l'aide d'une lime ; j'ai obtenu ainsi une surface rugueuse plus apte à subir les modifications régressives de la première phase du processus de la consolidation.

Inutile d'ajouter que la dent implantée fut préalablement rendue aseptique par un séjour prolongé dans une solution phéniquée aqueuse à 5 0/0.

La fixité de la dent fut obtenue à l'aide de ligatures en fil d'argent attachées aux dents incisives ; afin d'éviter le choc des dents antagonistes, je crus utile de diminuer la hauteur de la dent greffée.

Le travail de consolidation s'opéra lentement ; au bout de deux mois la personne mangeait avec sa nouvelle dent, mais la fixité de celle-ci laissait à désirer. Ce n'est que vers la fin du quatrième mois que la consolidation fut parfaite et telle que vous la voyez maintenant.

IV. — Le Congrès dentaire national de Lyon en 1897.

M. Papot. — Vous avez voté dans votre dernière séance un ordre du jour blâmant la conduite de la commission chargée de préparer l'organisation du Congrès de Lyon en 1897. Cette commission a remis sa démission à son président, M. Rosenthal, qui a également donné la sienne ; nous sommes donc en présence du vide et vous avez à pourvoir à ces vacances. Le bureau de la Société d'Odontologie vous propose à cet égard d'exprimer le désir que le Congrès ait lieu, de demander le retrait de ces démissions, de nommer

6 membres nouveaux qui seront adjoints aux autres, d'ajouter les présidents honoraires du Congrès de Nancy, MM. Godon, Michaëls et Lecaudey à cette commission, enfin de prier M. Rosenthal de revenir sur sa décision.

M. Viau. — La Société a fait connaître ses sentiments à la dernière séance.

M. d'Argent. — La question qui se pose est celle-ci : y a-t-il lieu de tenir un Congrès à Lyon en 1897 ?

M. Viau. — Ce désir a été largement formulé le mois dernier.

M. Godon. — Je propose de mettre aux voix la motion suivante : la Société d'Odontologie de Paris demande un Congrès pour 1897 et demande qu'il ait lieu à Lyon.

Cette motion est mise aux voix et adoptée.

La Société formule ensuite le désir que les démissions des membres de la commission soient retirées.

M. Papot. — Je propose de nommer huit membres pour les adjoindre à la commission ou la reconstituer au besoin, y compris les deux suppléants nommés à Nancy : MM. Roy et Ducournau. Les six membres ayant le plus de voix seraient commissaires.

M. Roy. — Est-il bien régulier de désigner des membres supplémentaires comme vous le faites, si les démissionnaires retirent leur démission ? S'ils ne la retirent pas, vous verrez ce que vous aurez à faire.

M. Godon. — Je ne suis pas de l'avis de M. Roy, parce que l'organisation des Congrès traverse en ce moment une phase particulière. On avait supposé qu'une fois le fonctionnement régulier de ces assemblées obtenu, chaque congrès préparerait la voie au congrès suivant, et il en fut ainsi à Bordeaux. Il n'en est plus de même aujourd'hui et, si nous nous en tenions à la lettre du règlement, les Congrès attendraient éternellement pour renaître, puisqu'il n'existe plus de commission d'organisation. Nous sortons, il est vrai, un peu du règlement en faisant intervenir la Société d'Odontologie ; mais celle-ci n'intervient que parce qu'elle a la direction morale de ces réunions, et qu'elle doit s'assurer que l'organisation qu'elle a créée ne sera pas détruite. Si les six membres persistent dans leur démission, c'est le devoir de la Société de prévoir quelque chose, de leur nommer des suppléants pour les remplacer ou les aider, puisqu'ils ont trouvé la tâche trop lourde.

M. Roy. — Je ne suis pas opposé à cette nomination, mais je désire en faire ressortir l'irrégularité ; cette nomination ne serait justifiée que si les membres démissionnaires persistaient dans leur démission. Je propose d'attendre le mois prochain.

M. Papot. — Nous serons en avril et ce sera bien tard.

M. Roy. — Alors nommons ces six membres comme suppléants.

M. Papot. — Je crois que la nomination d'une nouvelle commission est le seul moyen de sortir de la difficulté.

M. d'Argent. — Je demande le vote par mains levées et, pour le faciliter, je me propose pour la suppléance avec M. Chauvin.

Le vote par mains levées est mis aux voix et adopté.

MM. Roy, Loup, Ducournau, Martinier, Mendel Joseph et Viau sont successivement nommés titulaires, MM. Chauvin et d'Argent suppléants.

MM. Godon, Michaëls et Lecaudey sont adjoints à la commission.

La Société exprime le vœu que M. le Dr Rosenthal retire sa démission et charge son bureau de faire auprès de lui les démarches nécessaires dans ce but.

V. — Observation d'un cas de nécrose du maxillaire inférieur, par M. Heïdé.

M. Heïdé donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *Travaux originaux.*) Il donne également lecture d'une communication de M. Duchâteau, élève de l'Ecole, sur le même sujet et présente la pièce. Cette communication est ainsi conçue :

M. B...., 44 ans, employé, éprouve depuis quatre ans des douleurs à la première grosse molaire supérieure droite ; les douleurs sont intermittentes ; puis, la série des abcès, se répétant à intervalles rapprochés, commence.

Les douleurs augmentent soudainement, la dent est arrachée à la clinique et cette extraction est suivie d'irrigations antiseptiques dans l'alvéole.

Quelque temps après le malade se représente de nouveau à la clinique, les douleurs n'ayant pas cessé depuis le jour de l'extraction.

A l'examen, nous dit M. Duchâteau, on constate qu'un abcès s'est développé dans le tissu gingival du côté droit de la mâchoire supérieure au niveau de l'espace autrefois occupé par la première molaire. Il est nettement fluctuant. De plus, la deuxième petite molaire et la deuxième grosse molaire supérieures droites sont mobiles, de même que la troisième grosse molaire.

L'extraction de la deuxième grosse molaire fut faite et il vint, en même temps que la dent, un séquestre dans lequel elle était implantée, et que, d'ailleurs, vous pouvez voir ici.

La dent n'a aucune trace de carie ; seulement, elle était, ainsi que la molaire de sagesse, qui avait été sa voisine, complètement recouverte de tartre.

Au sondage, on remarquait à l'endroit seul qui avait été occupé par la première grosse molaire, un petit orifice correspondant avec le sinus. Le malade, trouvait également M. Duchâteau, avait présenté les symptômes de la sinusite.

Traitement. — Un lavage au sublimé 1/1000 fut fait après l'opération; en outre, il fut prescrit au malade de se gargariser la bouche toutes les heures avec une solution chloralée au 2 0/0.

Il fut fait au malade tous les jours des nettoyages et des lavages au sublimé. Huit jours de ce traitement suffirent pour remettre tout en ordre.

Pour M. Duchâteau, la première grosse molaire passant du premier état de carie jusqu'au dernier de l'infection est la cause de

cette nécrose. J'ajouterai que le mauvais état de la bouche, attesté par la quantité de tartre et de mucosités, joue aussi un rôle très grand dans ce cas.

DISCUSSION.

M. Prével. — 1/1000, c'est beaucoup pour le lavage du sinus; 1/2000 suffit.

M. Heïdé. — 1/1000, c'est déjà très étendu.

M. Joseph. — Que pensez-vous de la pathogénie de ce cas? La dent attachée au séquestre ne porte aucune trace de maladie.

M. Heïdé. — Celle-ci est la première grosse molaire et c'est la deuxième qui a amené les accidents.

M. *Heïdé* fait don des pièces au musée.

VI. — DÉPÔT DE TARTRE UNILATÉRAL D'ORIGINE HÉMIPLÉGIQUE, PAR M. DE CROËS.

M. de Croës donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*) et offre la pièce au musée.

DISCUSSION.

M. Bonnard. — Il y a dans le modèle que vient de vous présenter M. de Croës un procédé de moulage à indiquer : c'est un modèle fait avec de la stéarine et la coloration de la gencive est due à une solution de carmin dans l'alcool, lequel dissout les corps gras ; on imprègne ainsi plus profondément le corps de la teinte qu'on désire. Le tartre a été obtenu, quant à la teinte, par un mélange de teinture de benjoin avec la poudre du ciment dentaire, ce qui lui donne une granulation tout à fait heureuse.

M. Papot. — Cette pièce est très intéressante à consulter, et je prie M. de Croës de nous décrire par quel procédé il a pu obtenir ce résultat.

M. de Croës. — Tous ceux qui ont fait du moulage en cire connaissent les difficultés à vaincre pour obtenir des pièces sans retraits, qui se détachent facilement du moule, et d'une coloration exacte.

Puisque celle que je viens de présenter vous semble réunir ces qualités et que vous désirez savoir comment je procède, je suis heureux de vous le faire savoir.

1° Le moulage en creux se fait soit dans du plâtre, soit dans du mastic ; mais, à mon avis, le mastic est préférable, car il donne les moindres sinuosités et, si le modèle est bien talqué, il ne colle pas, tandis que le moulage au plâtre force à faire le moule en plusieurs pièces; si la cire colle au creux, ce creux est perdu, il faut le refaire, ce qui perd beaucoup de temps et abime le premier modèle en plâtre.

2° Je remplace par de la stéarine la cire vierge que l'on avait employée jusqu'ici, parce qu'elle fond à une température beaucoup moins élevée et permet un coulage bien moins chaud, ce qui est très appréciable pour empêcher de coller au mastic; elle a aussi l'avantage d'être plus transparente et d'avoir moins de retrait.

Il faut colorer la stéarine dans sa main de la teinte la plus claire du modèle, avant de la couler.

3° Laver la pièce à l'alcool avant de la colorer, pour enlever la couche huileuse qu'a laissée le mastic.

4° Pour colorer la gencive, j'emploie du vernis cobalt auquel j'ajoute de l'alcool pour le rendre aussi peu épais qu'il est possible, puis j'y broie très peu de carmin, pour que la teinte soit plus claire qu'il ne la faut réellement et je l'obtiens ensuite en appliquant des couches successives, en ayant soin de mettre plus de couches aux endroits qui doivent être plus foncés.

Les couleurs à base d'alcool ont l'avantage sur toutes les autres de donner une transparence qui se rapproche exactement du naturel.

5° Pour colorer les dents, j'emploie tout simplement de la teinture de benjoin plus ou moins épaisse. Pour imiter le tartre, je mélange au benjoin de la poudre de ciment dentaire, de la couleur nécessaire, et j'ai ainsi un granuleux imitant le tartre à s'y méprendre.

Ces modifications m'ont donné de bons résultats, que vous apprécierez si toutefois vous les appliquez.

J'ai remarqué qu'en général on colore les gencives d'un rouge trop foncé, quand, au contraire, elles doivent être d'un rose très pâle.

M. Touvet-Fanton. — J'ai indiqué, en employant les couleurs qui servent aux peintres, un moyen de colorer à la cire, qui me donnait toutes les teintes.

M. Papot. — Il y a dix ans M. Poirier a présenté des modèles qui sont au musée, et la coloration était très rigoureusement obtenue.

M. Heïdé. — Comment procédait-il?

M. d'Argent. — J'ai su comment M. Poirier confectionnait ces modèles. Il coulait une première couche de cire dans une empreinte prise avec du mastic de vitrier et il colorait sur cette deuxième couche de cire faite très mince. Ensuite il faisait une deuxième coulée plus épaisse et il complétait le modèle avec du plâtre. Le coloris se voyait par transparence.

M. Cecconi. — En coulant très froid on n'a pas d'adhérence.

M. Touvet-Fanton. — Si vous le désirez, il me sera agréable de renouveler ma communication. On coule le modèle dans une matrice de plâtre. Les éclaircissements à cet égard me viennent de M. Baretta, mouleur de l'hôpital Saint-Louis.

VII. — Présentation d'une coupe microscopique comme contribution a l'étude du ligament alvéolo-dentaire, par M. Mendel-Joseph.

M. Mendel-Joseph présente une coupe microscopique comme contribution à l'étude du ligament alvéolo-dentaire (voir numéro de février) et ajoute :

J'ai présenté à la séance de janvier un fragment de racine attaché à l'alvéole correspondant, parce que je voulais que la Société en prît note afin qu'elle ne fît pas d'objection à ce que je vais lui montrer ce soir. J'estime que, quand on avance un fait, il faut l'appuyer de preuves irréfutables, en matière scientifique surtout. Je vous ai donc d'abord soumis la pièce macroscopique ; ce soir je vous soumets la coupe microscopique (fig. 37, pl. VI).

M. Choquet. — J'admire la présentation de M. Joseph et j'avoue

n'avoir rien vu de semblable, si ce n'est le cas cité par M. Amoëdo ; mais ici nous avons la pièce à l'appui. Je ne puis comparer ce fait qu'à ce qui se passe chez le poisson, où l'on n'a affaire qu'à de la dentine ; il est impossible de reconnaître la fusion des deux tissus, elle est aussi intime qu'ici. Il serait utile d'examiner la pièce à un plus fort grossissement.

VIII. — SUR UNE FRACTURE DU BORD ALVÉOLAIRE, PAR M. le Dr FRITEAU.

M. le Dr Friteau donne lecture d'une communication sur ce sujet. (V. *Travaux originaux.*)

DISCUSSION.

M. Viau. — Dans des hémorragies où l'on avait employé le perchlorure de fer j'ai vu souvent la plaie avoir un mauvais aspect, elle était noirâtre.

M. le Dr Friteau. — L'eau de Rabel est aussi caustique, mais l'eau phéniquée n'avait donné aucun résultat.

M. Richard-Chauvin. — Dans certains cas d'hémorragie, l'eau de Rabel, le tannin et l'amadou arrêtaient l'épanchement sanguin quand des malades avaient saigné toute une nuit.

M. le Dr Friteau. — Les hémorragies cèdent toutes au thermocautère si l'on peut atteindre le foyer.

M. Papot. — Comme hémostatique j'emploie une solution très forte d'azotate d'argent.

IX. — PRÉSENTATION D'APPAREILS POUR CONSERVER LES INSTRUMENTS ASEPTIQUES, PAR M. LE Dr FRITEAU.

M. Friteau donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*) et présente les appareils.

DISCUSSION.

M. Weber. — Cet appareil est très ingénieux, mais le nombre des instruments qu'il peut contenir est restreint.

M. le Dr Friteau. — Il en contient vingt-cinq, ce qui est suffisant pour un malade.

M. Viau. — Il vaut mieux avoir des séries d'instruments pour chaque malade.

M. Cecconi. — On pourrait ajouter un manche à l'appareil intérieur.

M. Godon. — J'approuve beaucoup cette présentation. Dans nos cabinets nous ne pouvons pas faire la stérilisation parfaite de nos instruments pour chaque patient ; mais, cette stérilisation faite dans le laboratoire, il faut transporter les instruments dans notre cabinet, et jusqu'à présent le procédé nous manquait. Nous avons bien l'appareil White, mais la conservation des instruments est difficile ; au contraire, le procédé de M. le Dr Friteau est irréprochable : on prépare les instruments dans le laboratoire, on les met dans le flacon et on les porte dans le cabinet. En ayant une série

d'instruments par affection, cela ne représente pas beaucoup de flacons : deux séries seulement.

M. le Dr Friteau. — Tandis qu'il est difficile de sortir un bouchon à l'émeri, l'adhérence ne se fait pas autour de ces bouchons.

X. — NÉCROSE DU MAXILLAIRE CONSÉCUTIVE A L'EMPLOI DE L'ACIDE ARSÉNIEUX, PAR M. DEBRAY.

M. Papot. — M. Debray, prévoyant qu'il ne pourrait pas venir ce soir, a envoyé sa communication ; voulez-vous qu'il en soit donné lecture ?

L'assemblée, consultée, répond affirmativement.

M. Loup, secrétaire général, lit cette communication et présente la dent extraite, le séquestre et les modèles.

Mlle L..., âgée de 23 ans, tempérament lymphatique, souffrait d'une névralgie du côté droit de la face et accusait de la douleur entre les première et deuxième grosses molaires du haut. Ayant pris des cachets d'antipyrine et de sulfate de quinine sans aucun résultat, elle alla consulter un dentiste qui mit entre les deux dents un pansement qu'il renouvela deux fois; mais les douleurs étant aussi fortes qu'avant, la malade retourna voir le dentiste, qui appliqua cette fois un pansement plus énergique.

Au bout de trois jours, ne pouvant plus ouvrir la bouche, ni prendre quoi que ce soit de chaud et les douleurs devenant continuelles, elle retourna chez le dentiste qui lui ordonna simplement de se gargariser avec de la guimauve, ajoutant que tout disparaîtrait.

Ces traitements ne lui donnant aucun résultat et les souffrances augmentant de plus en plus, la malade alla consulter un docteur qui nous l'adressa.

Il y a déjà trois semaines que le premier pansement a été fait. A l'examen de la bouche du côté droit il manque la deuxième petite molaire (comme vous pouvez le voir sur le modèle n° 1); toute la portion gingivale et palatine au niveau de la première et de la deuxième grosse molaire est congestionnée et bordée d'une bande d'un violet noirâtre. A la joue existe une eschare d'un demi-centimètre de longueur sur un centimètre de largeur. Grande mobilité des deux dents. La dent de sagesse a été extraite, il y a trois ans; en bas existe une deuxième grosse molaire au 4e degré. (Avant toute opération nous soignons cette dent et la douleur névralgique cesse.)

En sondant, on constate que le bord externe du maxillaire et la partie palatine ne forment qu'un séquestre mobile; nous faisons l'ablation de ce séquestre au thermo-cautère en essayant de garder les deux dents (comme vous pouvez vous en rendre compte par le 2e modèle).

Voilà six semaines que cette opération est faite : la malade a recouvré son sommeil et n'a plus de douleur; mais des deux dents que nous avions voulu conserver, la deuxième grosse molaire a été

extraite, car elle était excessivement sensible à la pression des dents du bas et nous craignions qu'il n'en fût de même de la première, à cause de la perte de substance.

J'ai cru bon de porter à votre connaissance ce fait de l'emploi de l'acide arsénieux sans discernement, car les deux molaires n'avaient aucune carie, comme vous pouvez le voir par celle qui a été extraite, le pansement ayant été mis entre les deux dents bien inutilement, tandis que la dent cause de la névralgie était cette molaire du bas, atteinte de carie de 4e degré.

XI. — Eucaïne et cocaïne, par M. Viau.

En l'absence de M. Touchard qui devait présenter une communication sur ce sujet, cette communication est renvoyée à la prochaine séance.

M. Viau. — Voyant à l'ordre du jour de cette séance une communication sur l'*eucaïne* et la *cocaïne*, je vous demande la permission de vous exposer quelques réflexions.

L'eucaïne venue après la tropacocaïne, il était intéressant de se rendre compte si cette nouvelle substance ne devait pas détrôner à son profit les anesthésiques cocaïniques employés jusqu'alors. J'ai fait quelques essais de ce nouveau médicament et je m'empresse de dire que, si je ne lui ai pas trouvé d'inconvénients graves, je ne lui ai trouvé aucun avantage non plus. C'est d'ailleurs pour cette dernière raison que je n'ai pas persisté à en faire plus longtemps usage.

Peu après mes essais, j'ai eu connaissance des résultats obtenus en chirurgie par M. Reclus : ces résultats n'étaient pas encourageants. Presque en même temps, M. Pouchet, l'éminent professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine, fit connaître le résultat de ses expériences et concluait que l'usage de l'eucaïne présentait même certains dangers. Voici d'ailleurs les résumés de ces deux expérimentateurs : M. Reclus, afin de contrôler le dire de certains auteurs qui ont prétendu que l'eucaïne était aussi efficace que la cocaïne pour obtenir l'anesthésie chirurgicale et, de plus, qu'elle était douée d'une toxicité beaucoup moins grande que cette dernière substance, injecta à plusieurs de ses malades à la fois de l'eucaïne et de la cocaïne : une moitié du champ opératoire fut traitée par la cocaïne et l'autre par l'eucaïne.

Il constata, dans ces conditions, que la moitié du champ opératoire injectée avec l'eucaïne était presque aussi profondément anesthésiée que celle que l'on traitait par la cocaïne, avec cette restriction toutefois que l'anesthésie eucaïnique dure un peu moins longtemps que l'anesthésie cocaïnique.

En ce qui concerne la toxicité de l'eucaïne, il résulte des expériences de M. Pouchet que la toxicité de cette substance est au moins aussi considérable, sinon plus grande, que celle de la cocaïne. De plus, cette substance présente l'inconvénient, dans certains cas, de ne pas avoir de phase prodromique dans l'intoxication et de laisser éclater alors des troubles fonctionnels fatalement mortels.

(C'est ce qui se produit dans l'intoxication expérimentale faite chez les cobayes.)

Enfin, l'intensité d'action que l'eucaïne exerce sur le cœur, intensité d'action égale, sinon supérieure à l'action exercée par la cocaïne, fait que cette substance doit être considérée comme un anesthésique plutôt dangereux, alors même que l'anesthésie qu'elle produit serait plus intense que celle produite par la cocaïne dans les mêmes circonstances. A dose faible (2 milligr. en injection sous-cutanée chez la grenouille) le cœur subit un ralentissement considérable dans le nombre des battements cardiaques, et une modification très manifeste dans la forme même de la révolution cardiaque. Aux mêmes doses, la cocaïne ne donne lieu à aucun effet.

Si nous ajoutons : 1° la remarque que j'ai faite que l'injection de l'eucaïne provoque à la piqûre légèrement plus de douleur que la cocaïne et la tropacocaïne ; 2° la vaso-dilatation qu'elle produit et qui favorise l'apparition d'une hémorragie à la surface du champ opératoire (remarque faite par M. Reclus [1]) ; 3° enfin la durée moins longue de l'anesthésie, il me semble, à moins de preuves plus convaincantes, que la cocaïne ou mieux encore la tropacocaïne ne doivent pas encore être abandonnées pour pratiquer l'anesthésie en chirurgie dentaire.

M. Heïdé. — Ce que dit M. Viau n'est pas encourageant. Toutefois je lis dans un journal scandinave que l'eucaïne est moins toxique que la cocaïne et que sa valeur anesthésique est presque aussi grande que celle de cette dernière. Peut-être que, si M. Reclus a eu de mauvais résultats, c'est parce que l'eucaïne n'était pas pure.

M. Mendel-Joseph. — J'ai lu le compte rendu d'expériences faites par des opérateurs allemands, notamment par Witzel, Reiss et Heitmüller, et dans vingt cas on a eu des infiltrations œdémateuses attribuées à la préparation elle-même ; dans plusieurs cas il y a eu du collapsus, dans quelques autres de la nécrose ; en résumé, l'anesthésie serait plutôt au-dessous de celle de la cocaïne.

M. Viau. — J'ai employé l'eucaïne et j'ai eu une bonne anesthésie ; ce n'est donc pas le résultat de mes expériences qui me fait critiquer cet agent, mais bien le résultat de celles de Reclus, qui fait de la grande chirurgie, et de Pouchet, qui a essayé ce produit sur des cobayes.

Il y a quelques années je faisais des expériences avec la tropacocaïne et la cocaïne sur des cobayes, et j'avais été étonné des doses relativement massives que ces animaux pouvaient supporter.

M. Heïdé. — Le D[r] Hungren injecte 2, 3, 4 ou 5 centigr. d'eucaïne. En présence de ces résultats divers il aurait été bon d'entendre des faits précis, de connaître les doses, les accidents et de savoir si les opérateurs qui ont obtenu de bons résultats ont employé des doses différentes de ceux qui en ont eu de mauvais.

M. d'Argent. — Etant donné les doutes qui planent sur l'eu-

1. *Académie de médecine, séance du* 16 *février* 1897.

caïne, il faut plutôt se féliciter de ne pas avoir entendu la communication annoncée. Puisque la séance est remise, on pourrait peut-être inviter M. Touchard à faire des démonstrations pratiques sur ce sujet.

M. Touvet-Fanton. — J'ai fait devant M. Touchard des expériences sur l'eucaïne, mais elles ne sont pas suffisantes pour conclure : une fois, j'ai eu des accidents hystériformes qui ont duré toute la journée. M. Billebaut, de son côté, emploie beaucoup l'eucaïne et il a observé quelques accidents œdémateux.

M. Richard-Chauvin. — On peut faire des expériences sur les cobayes. En 1889 j'ai fait au Congrès une communication sur la cocaïne synthétique, qui est restée à l'état de projet de laboratoire; on pouvait en injecter 2 centigr. à un cobaye, qui les supportait. Avec des essais comparatifs sur ces animaux, on observerait tout aussi bien des accidents œdémateux que sur des malades.

M. Papot. — Il serait à désirer que l'exemple donné par M. Viau fût suivi et que chacun apportât à l'occasion des communications annoncées le résultat de ses observations personnelles.

Nous reportons à l'ordre du jour la communication de M. Touchard sur l'eucaïne ; nous aurons également une communication de M. Richard-Chauvin sur la nutrition dentinaire et la dent de six ans.

La séance est levée à 11 heures un quart.

Le Secrétaire général,
A. Loup.

REVUE DE PATHOLOGIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS.

I. Traitement de l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire. — II. De la tuberculose du maxillaire inférieur. — III. Un cas de zona double buccopharyngien. — IV. Crise hypersécrétoire dans le tic douloureux de la face. V. Hyperesthésie auditive douloureuse chez un éthéromane. — VI. Sur l'assainissement de la fabrication des allumettes. — VII. Rapports des affections générales avec les lésions dentaires chez les enfants. — VIII. Atrophie congénitale du maxillaire inférieur.

I. — Traitement de l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire,

Par M. H. Baumgärtner.

La question du meilleur traitement qu'il convient d'opposer à l'ankylose de l'articulation temporo-maxillaire n'étant pas encore résolue, l'auteur juge utile de décrire deux cas opérés par M. le professeur Kraske, à Fribourg-en-Brisgau, et il fait suivre l'exposé de ces observations de quelques réflexions relatives aux différentes méthodes opératoires dirigées contre cette affection.

Il s'agit en premier lieu d'une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte d'une ankylose complète de l'articulation temporo-maxillaire droite, consécutive à une otite moyenne suppurée dont la malade avait souffert étant toute jeune. Depuis plusieurs années l'alimentation ne pouvait s'effectuer qu'à travers l'espace vide résultant de la perte de quelques

dents. A l'examen de la patiente, l'attention fut attirée par le fait que son menton était très fuyant et se trouvait dévié à droite. Il y avait atrophie manifeste du maxillaire dans sa partie droite principalement. Il existait en outre une ankylose complète des mâchoires ; de plus, les vestiges d'une ancienne otite du côté droit firent admettre que la cause de la constriction siégeait à droite. M. Kraske résolut de pratiquer la résection de l'articulation temporo-maxillaire de ce côté d'après la méthode König, qu'il modifia comme suit :

Une première incision contourna d'abord la moitié supérieure de l'insertion du pavillon de l'oreille pour descendre au-devant de l'oreille jusqu'à 1 centimètre au-dessous de l'arcade zygomatique. Une seconde incision perpendiculaire à la première, de 3 centimètres de longueur, fut menée parallèlement à l'arcade zygomatique pour rejoindre la première au-devant de l'oreille. Puis M. Kraske sectionna l'artère temporale entre une double ligature et décolla l'insertion supérieure du pavillon de l'oreille pour se créer un champ opératoire plus vaste. On reconnut, après avoir mis à jour l'articulation temporo-maxillaire, qu'il s'agissait d'une ankylose osseuse entre le condyle, déformé par des ostéophytes, et l'os temporal. Les deux os furent séparés à l'aide du ciseau, sans qu'il fût possible de mobiliser la mâchoire inférieure. L'obstacle était constitué par une adhérence osseuse entre l'apophyse coronoïde et l'arcade zygomatique. L'apophyse fut sectionnée au moyen du ciseau et l'on réussit à écarter les arcades dentaires de 3 centimètres. M. Kraske compléta ensuite la résection de l'articulation temporo-maxillaire en enlevant assez de substance osseuse pour obtenir un écartement de 1 centimètre entre les deux os. La plaie, tamponnée à la gaze iodoformée, était fermée au bout d'un mois. Quatre ans plus tard, on était à même de constater que la malade pouvait encore écarter volontairement les arcades dentaires de 1 centimètre, et elle se déclarait très satisfaite de son état.

La seconde observation a trait à un petit garçon de cinq ans. On remarqua chez lui les premiers symptômes de constriction des mâchoires vers l'âge de six mois. Le mal augmenta lentement pour atteindre son maximum au bout de quelques années. A l'entrée de l'enfant dans le service de M. Kraske, on constate une atrophie notable du maxillaire inférieur, avec déviation du menton à droite. L'articulation temporo-maxillaire droite paraît complètement ankylosée, tandis qu'il existe une très légère mobilité à gauche. L'examen du petit malade ne permet d'attribuer aucune cause à cette affection et les commémoratifs sont également négatifs à cet égard, à part le fait que l'accouchement avait été pénible et qu'il y avait eu présentation du siège. L'auteur suppose que cet accouchement avait déterminé un traumatisme, peut-être une fracture du condyle, suivie elle-même d'une ankylose.

L'opération fut exécutée comme dans le premier cas. Il s'agissait cette fois encore d'une ankylose osseuse. Le résultat immédiat de l'intervention fut très satisfaisant, car au bout de trois semaines le petit opéré était en état de mâcher sans difficulté des aliments solides. Ce succès fut cependant amoindri par suite d'une suppuration persistante qui s'établit au bout de quelque temps dans la région temporale. On réussit enfin, deux ans et demi après la première intervention, à découvrir la cause de cette suppuration tenace : il s'agissait d'une dent aberrante, incluse dans la branche ascendante du maxillaire inférieur. La suppuration ne tarda pas à se tarir après qu'on eut extirpé cette dent. L'écartement des arcades dentaires n'était à cette époque que d'un demi-centimètre.

M. Baumgärtner discute ensuite la valeur des divers procédés opératoires proposés pour le traitement de l'ankylose du maxillaire inférieur. Il partage l'opinion de la plupart des chirurgiens de l'époque actuelle, d'après laquelle la résection de l'articulation constitue le meilleur moyen thérapeutique, et il préconise en particulier la modification adoptée par M. Kraske. Quant au procédé de M. Helferich, qui consiste dans l'implantation d'un lambeau du muscle temporal entre les deux os pour empêcher une récidive de l'ankylose, l'auteur ne lui attribue pas une grande efficacité, et il croit que la meilleure manière d'obtenir un résultat durable est de réséquer un fragment aussi étendu qu'il est possible du condyle. (*Beiträge z. klin. Chir.*, XVII, 1.) (*Sem. méd.* nº 10, 1897.)

II. — De la tuberculose du maxillaire inférieur,
Par M. H. Starck.

De toutes les affections du maxillaire inférieur, la tuberculose paraît être une des plus rares, car, bien qu'ayant été observée par plusieurs chirurgiens, elle n'a jamais fait le sujet d'une description détaillée.

Nous devons déclarer tout d'abord que nous ne nous occuperons point ici de la localisation de la tuberculose sur les gencives et les rebords alvéolaires (qui est beaucoup plus commune que la tuberculose du corps du maxillaire). Pour ce qui est de cette dernière, M. Starck a eu l'occasion d'en observer à la clinique de M. le professeur Czerny, à Heidelberg, plusieurs cas auxquels il ajoute quelques observations analogues, relevées à cette même clinique au cours des douze dernières années. Après avoir fait l'exposé de ces divers cas, il retrace le tableau clinique de l'affection dont il s'agit et il en déduit quelques indications importantes au point de vue thérapeutique.

Les observations rapportées par M. Starck s'élèvent au nombre de 8, dont 3 concernent les faits de tuberculose primitive du corps du maxillaire inférieur, tandis que chez les 5 derniers malades la tuberculose siégeait primitivement sur le rebord alvéolaire, pour envahir ensuite la profondeur de l'os.

La nature tuberculeuse du mal fut confirmée soit par l'examen histologique, soit par l'existence d'affections tuberculeuses typiques concomitantes, soit enfin par l'inoculation du pus à un cobaye. Il nous suffira de mentionner les conclusions auxquelles l'étude de ces 8 cas a conduit l'auteur.

La tuberculose primaire de la mâchoire inférieure débute par une tuméfaction dure et diffuse d'une partie de l'os. Chez deux sujets la branche ascendante était le siège primitif de la lésion. Il résulte de ce fait, ainsi que de l'examen d'un troisième cas, où les dents de la branche horizontale, atteintes de tuberculose, se trouvaient absolument saines, que cette forme de tuberculose du maxillaire n'est point d'origine dentaire, mais qu'il s'agit plutôt d'une infection hématogène de l'os. La tuméfaction dont nous venons de parler est plus ou moins douloureuse; dans tous les cas, elle ne revêt jamais un caractère aigu. La constriction des mâchoires constitue le second indice de la maladie. Des abcès se forment au bout de quelque temps, dont l'ouverture donne issue à une petite quantité de pus et souvent même à un séquestre. L'abcès se termine par la formation d'une fistule, et ce processus se répète sans provoquer de douleurs par trop intenses, un certain nombre de fois. La constriction des mâchoires s'accentue et les ganglions lymphatiques du cou commencent à se tuméfier. La tuberculose atteint enfin toute la mâchoire jusqu'à l'articulation temporo-maxillaire, d'où elle s'étend aux os de la base du crâne.

La tuberculose du maxillaire inférieur d'origine alvéolaire se distingue de la forme que nous venons de décrire, surtout par ses débuts ; les malades se plaignent tout d'abord de maux de dents, généralement au niveau d'une molaire. Dès cette époque la joue est tuméfiée, les malades exhalent une haleine fétide, et l'examen de la cavité buccale permet de constater l'existence d'une périostite alvéolaire ou d'une gingivite ulcéreuse. La douleur persiste généralement, malgré l'extraction de la dent, et l'alvéole forme un foyer de suppuration chronique. La tuméfaction gagne peu à peu le corps du maxillaire. Des abcès se produisent et le tableau clinique se rapproche de plus en plus de celui de la tuberculose primitive du corps du maxillaire.

Tous les malades de M. Starck, il convient de le remarquer, présentaient une hérédité tuberculeuse.

Quant au diagnostic différentiel, la forme primitive de l'affection qui nous occupe pourrait présenter quelque ressemblance avec le développement d'une tumeur maligne au début ou avec une tuméfaction d'origine syphilitique. A la période des fistules et des abcès multiples, il existe également une certaine analogie avec des syphilomes tertiaires et surtout avec l'actinomycose. Dans la plupart des cas l'examen du pus élucidera le diagnostic en ce qui concerne cette maladie parasitaire, et, au cas où les graines actinomycosiques feraient défaut, l'existence de fistules s'étendant sur le cou, souvent jusqu'à la clavicule, et l'absence de ganglions plaideraient en faveur de l'actinomycose. La nécrose phosphorée se caractérise généralement par une marche plus rapide que la tuberculose et par la formation de séquestres plus volumineux. Il en est de même de l'ostéo-myélite du maxillaire inférieur, que l'on observe d'habitude chez les adolescents.

Le pronostic de la tuberculose de la mâchoire inférieure étant très défavorable, M. Starck conseille de recourir à une thérapeutique radicale aussitôt que l'on sera en possession d'un diagnostic ferme. On s'appliquera à enrayer le mal dès son apparition par une résection suffisamment étendue du maxillaire. *(Beiträge z. Klin. Chir.* XVII, 1.)

III. — Un cas de zona double bucco-pharyngien.

M. Lermoyez relate, au nom de M. Barozzi et au sien, l'observation d'un malade âgé de 78 ans, qui fut atteint, après quarante-huit heures d'endolorissement buccal, d'une éruption occupant la voûte palatine, le voile du palais, les gencives supérieures et les sillons gingivo-géniens voisins. Cette éruption, formée de groupes vésiculaires supportés par des placards érythémateux, formait autour du plafond buccal une ceinture d'une symétrie remarquable. Sur aucun autre point du corps il n'y avait d'herpès. Douze jours après le début des accidents eut lieu une nouvelle poussée, cette fois franchement unilatérale, occupant la moitié gauche de la voûte palatine et nettement arrêtée à la ligne médiane. La durée totale de l'éruption buccale fut d'environ quatre semaines.

S'appuyant sur la symétrie parfaite de cette éruption, sur la régularité de sa distribution bilatérale qui suivait le trajet des rameaux nerveux, en particulier des nerfs palatins antérieurs, sur son évolution par poussées successives et sur l'absence de phénomènes généraux, on porta le diagnostic de *zona bucco-pharyngien* double symétrique, dépendant de la deuxième branche du trijumeau.

A l'occasion de cette observation, l'orateur discute la théorie émise par Ollivier, qui considère l'angine herpétique comme un zona de la deuxième branche du trijumeau. Cette assimilation lui paraît justifiée

dans un certain nombre de cas et il propose de distinguer trois variétés d'herpès du pharynx : 1° la forme infectieuse aiguë qui correspond à l'angine herpétique classique ; 2° la forme trophonévrotique qui est en réalité le zona bucco-pharyngien ; 3° la forme chronique récidivante, sur la nature de laquelle les opinions varient : infection buccale atténuée, éruption zostériforme d'origine nerveuse, etc.

(*Académie des sciences, séance du 8 février 1897.*)

IV. — Crise hypersécrétoire dans le tic douloureux de la face.

MM. Klippel et Lefas. — Nous avons observé un cas de névralgie du trijumeau, remarquable non seulement par l'abondance de la salivation pendant le paroxysme, mais encore par l'hypersécrétion de la narine correspondant au côté de la névralgie et par l'augmentation, à chaque crise douloureuse, du catarrhe pharyngien dont le malade était atteint. Nous avons pu, en outre, constater chez ce sujet une autre particularité intéressante, la substitution progressive et presque complète d'une crise sécrétoire à la crise douloureuse.

Cette transformation d'une crise qui était d'abord surtout douloureuse en une crise complètement sécrétoire, mérite d'attirer l'attention au point de vue physiologique et pathologique.

En ce qui concerne la sialorrhée, il est possible que le centre salivaire, mis en activité à chaque accès, ait acquis à la suite d'excitations répétées une susceptibilité considérable. De la sorte, une douleur de courte durée et peu intense suffirait à l'heure actuelle à provoquer la suractivité pathologique de ce centre.

Ce n'est là qu'une hypothèse, que peut d'ailleurs autoriser l'existence, admise par les physiologistes, d'un centre salivaire au niveau du bulbe.

Au point de vue de la pathologie générale, nous rappellerons, à l'occasion du fait précédent, que la crise d'asthme, qui comprend habituellement le spasme dyspnéique et l'hypersécrétion bronchique, peut se manifester par des paroxysmes où l'hypersécrétion apparaît presque isolément. (*Soc. de Biologie*, 20 février 1897.)

V. — Hypéresthésie auditive douloureuse chez un éthéromane.

M. Gellé relate l'observation d'un malade âgé de 60 ans qui, à la suite d'inhalations prolongées d'éther, se trouve atteint d'une hypéresthésie auditive très accusée : les bruits les plus légers, plutôt ceux qui se prolongent, même monotones, lui causent une sensation désagréable, insupportable ; il en éprouve un état d'angoisse, de malaise, d'émotivité intolérable, qui le force à fuir dans la campagne. De plus, il existe des sensations sonores persistantes et de véritables hallucinations de l'ouïe.

L'examen de l'appareil auditif a décelé une sclérose otique avec ankylose de l'étrier. (*Soc. de Biologie*, 20 février 1897.)

VI. — Sur l'assainissement de la fabrication des allumettes (Académie de médecine, séance du 23 février 1897).

M. Magitot. — En réponse aux questions adressées à l'Académie par le ministre des finances sur l'assainissement de l'industrie des allumettes, M. Vallin, dans une précédente séance a proposé la suppression de l'emploi du phosphore blanc comme étant le moyen principal pour assurer l'assainissement de cette industrie ; or, je ne puis accepter cette manière de voir, car ce serait, selon moi, avouer que l'hygiène est impuissante à faire disparaître les dangers inhérents à la fabrication des allumettes telle qu'elle a lieu actuellement. Je crois, au contraire,

qu'en ayant recours à des précautions particulières, on peut, même en continuant à se servir du phosphore blanc, améliorer suffisamment cette industrie pour préserver les ouvriers du phosphorisme.

Ces précautions peuvent se résumer dans la mise en pratique des deux procédés suivants :

A. *Ventilation forcée des ateliers* (ventilation générale, isolée, individuelle, etc.), par les moyens dont dispose l'art de l'ingénieur.

B. *Sélection ouvrière*, ne permettant ni l'entrée ni le maintien dans l'usine d'ouvriers atteints de la lésion initiale de la bouche, porte d'entrée de la nécrose.

Toute la prophylaxie est renfermée dans ces deux termes.

Les observations et les expériences que fournissent les usines actuelles d'allumettes permettent d'affirmer et de prouver l'efficacité complète et absolue des mesures ci-dessus, que je soumets à l'approbation de l'Académie.

A la séance du 2 mars, M. Magitot lit deux lettres émanant du directeur de l'une des plus importantes usines actuelles d'allumettes.

Comme M. Magitot, l'auteur de ces lettres estime qu'il est impossible actuellement de supprimer industriellement le phosphore blanc pour la fabrication des allumettes.

Il estime, en outre, que l'adoption de l'allumette au phosphore amorphe constituerait une mesure pire que le mal, en développant la fabrication clandestine et en créant de nouveaux et bien plus graves foyers de phosphorisme.

D'autre part, on ne saurait en ce moment réaliser l'allumette non phosphorée sans employer soit les explosifs, soit des substances tout aussi dangereuses que le phosphore.

La conclusion qui s'impose est donc d'appliquer à l'industrie des allumettes des mesures sévères d'hygiène, tout en conservant la technique ordinaire et le phosphore blanc.

(A la suite de cette lecture et après quelques observations présentées par divers membres de l'Académie, les conclusions du rapport de M. Vallin sont mises aux voix et adoptées.)

VII. — Rapports des affections générales avec les lésions dentaires chez les enfants.

M. *Neumann* a examiné un grand nombre de dents d'enfants pour étudier les rapports de leurs lésions avec les maladies générales. De ces lésions, les unes se développent avant l'éruption de la dent, les autres après.

Parmi les premières, il faut signaler les *érosions*, qui sont une anomalie de la calcification. Les érosions sont généralement symétriques. Contrairement à l'opinion générale, elles peuvent se voir sur les dents de lait ; mais sur celles-ci elles ne se développent guère que dans les points où la calcification se fait après la naissance. Cependant parfois l'érosion peut débuter avant la naissance. Le processus qui produit l'érosion agit dans 54 0/0 des cas pendant la première année de la vie, dans 38 0/0 pendant la seconde et seulement dans 6 0/0 à une époque postérieure. L'érosion reconnaît pour cause une maladie de longue durée. La syphilis n'a pas d'action directe, mais le rachitisme joue là le principal rôle. Aussi ne faut-il pas s'étonner que 13 0/0 des enfants qui ont des érosions dentaires aient eu du spasme de la glotte.

Dans la même classe il faut signaler la *dent hérédo-syphilitique* décrite en 1858 par Hutchinson. Elle diffère de l'érosion en ce qu'elle n'est pas une lésion locale, mais une malformation de la dent tout entière.

C'est une maladie rare, car en un an et demi M. Neumann ne l'a rencontrée que 4 fois sur 13 hérédo-syphilitiques de sa policlinique. L'un de ces quatre enfants avait une kératite parenchymateuse ; un autre avait des lésions indéniables de syphilis et les deux autres avaient des frères syphilitiques. En faisant appel à d'autres confrères, M. Neumann est arrivé à réunir 25 cas de dent d'Hutchinson caractéristique ; 14 fois la syphilis des parents et des enfants était absolument certaine et dans les 11 autres cas, elle était très vraisemblable.

Si l'on considère cette lésion comme une maladie totale de la dent, il faut admettre que la syphilis a exercé son action quand la dent commençait à se former, c'est-à-dire entre le septième mois de la vie fœtale et l'âge de trois à cinq mois, ce qui concorde bien avec ce que nous savons des manifestations de la syphilis. Les dents de lait ne présentent pas la lésion d'Hutchinson, parce que leur développement débute entre le troisième et le cinquième mois de la vie fœtale ; lorsque la syphilis exerce son action à ce moment avec quelque énergie, l'avortement s'ensuit. Toutefois M. Neumann a observé un cas de dent d'Hutchinson congénitale, mais il ne sait pas si l'enfant en question était syphilitique.

Parmi les lésions dentaires survenues postérieurement à l'éruption des dents, il faut signaler deux formes particulières de carie. L'une est la *carie* des dents de lait commençant par leur *tranchant*. M. Neumann, en deux ans et sur plus de 1000 enfants, n'a rencontré que trente-deux fois cette lésion. Elle n'a rien à faire avec le rachitisme, mais elle a été observée plusieurs fois chez des syphilitiques, chez des enfants atteints d'affections chroniques du système nerveux et en particulier d'idiotie. Des recherches nouvelles sont nécessaires pour étudier les rapports de cette lésion avec les maladies nerveuses.

La seconde forme particulière de carie est la *carie circulaire*, qu'on appelle aussi carie du collet. Chez les enfants dont les dents étaient atteintes de cette carie, M. Neumann a constaté souvent la scrofulose ou la tuberculose (64 0/0) ; les parents étaient souvent tuberculeux (55 0/0). Cette lésion, quoique non pathognomonique, a un certain intérêt de diagnostic.

VIII. — Atrophie congénitale du maxillaire inférieur.

M. Julius Wolff a présenté à la Société de médecine berlinoise (séance du 3 mars 1897) un malade atteint d'une atrophie congénitale avec ankylose de la mâchoire inférieure, dont il n'aurait trouvé que cinq cas analogues dans la littérature médicale, notamment un rapporté par de Langenbeck.

« Mon malade, dit M. J. Wolff, est né en 1879 ; l'accouchement fut fait au forceps. Pendant les deux premières années de sa vie on ne remarqua chez ce sujet rien de particulier, et ce n'est qu'au cours de la troisième année qu'on s'aperçut de la petitesse et du peu de mobilité de sa mâchoire inférieure.

« Cette affection n'est pas toujours congénitale ; elle peut succéder à un traumatisme ou à un processus inflammatoire. Je ferai remarquer à ce propos qu'il n'est pas toujours facile de distinguer une atrophie congénitale d'une atrophie acquise.

« Quant au traitement, on ne peut remédier à cette anomalie que par une intervention chirurgicale. J'ai l'intention de pratiquer chez mon malade l'*arthrolyse*, c'est-à-dire la section des aponévroses, des tendons et des surfaces articulaires. »

En pareil cas M. de Bergmann résèque les deux apophyses coronoïdes et maintient par un appareil prothétique la mâchoire en avant.

M. de Bergmann pense qu'il n'y pas une très grande différence entre l'atrophie congénitale et l'atrophie acquise. La résection des apophyses coronoïdes n'empêchant pas l'affection de récidiver, il faut, après cette opération, maintenir la mâchoire en avant par un appareil prothétique.

Pour ce qui est de l'arthrolyse, cette intervention ne lui semble guère appelée à donner de bons résultats. Il a vu des cas où elle a complètement échoué.

L'arthrolyse ayant réussi chez un de ses malades atteint d'ankylose du coude, M. Wolff se base sur ce fait pour tenter la même opération sur le maxillaire inférieur.

G. Viau.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

LA TROPACOCAÏNE.

Par M. E. Merck, de Darmstadt.

Le chlorhydrate de tropacocaïne ou chlorhydrate de benzoïlpseudotropéine $C_8H_{14}NO$ (C_7H_5O) HCl forme des aiguilles blanches qui se dissolvent aisément dans l'eau ; point de fusion, 271°.

La benzoïlpseudotropéine fut découverte en 1891 par Giesel (*Pharm. Zeitung* 1891, p. 419) dans les feuilles de la coca de Java et analysée par Liebermann (*Berichte d. deutsch. chem. Gesellschaft*, 1891, p. 2336 et 1892, p. 927). Ce dernier a réussi à constituer par la synthèse la benzoïlpseudotropéine avec ses parties essentielles et à obtenir ainsi un produit beaucoup plus pur et beaucoup plus actif que la base végétale qu'on trouve à l'état naturel. Dernièrement Willstätter (*Ber. d. deutsch. chem. Gesellschaft*, vol. XXIX, p. 393, 936, 1575, 2216) a indiqué le moyen d'obtenir la benzoïlpseudotropéine d'un produit de dédoublement de l'atropine et d'hyoscyamine, la tropine. Cette méthode est brevetée et permet de mettre le produit dans le commerce à un prix notablement moins élevé que précédemment.

La benzoïlpseudotropéine fut analysée physiologiquement peu après sa découverte par Chadbourne (*Brit. med. Journ.* 1892, p. 402) et recommandée sous le nom de *tropacocaïne* au monde médical comme anesthésique local pour remplacer la cocaïne. J'ai signalé les travaux de Chadbourne et des auteurs qui se sont occupés ultérieurement de la tropacocaïne dans mes *Rapports* de 1893, p. 101, et de 1893, p. 93; je puis donc me borner à reproduire les points essentiels de ces travaux, en suivant principalement une étude très complète publiée récemment par Zoltan Vamossy (*Therap. Wochenschr.* 1896, n° 9).

D'après Chadbourne (loc. cit.) la tropacocaïne n'est pas la moitié si toxique que la cocaïne et, surtout pour les centres moteurs et les muscles, elle est un poison beaucoup moins fort que ce dernier

alcaloïde ; l'anesthésie se produit plus tôt avec la tropacocaïne et dure plus longtemps qu'avec la cocaïne et l'hyperémie qu'elle provoque alors est beaucoup plus faible et s'évite par l'addition de chlorure de sodium. La mydriase ne survient pas toujours et, quand elle survient, elle est notablement moindre qu'avec la cocaïne. L'action des solutions persiste de 2 à 3 mois par suite de la force antiseptique de l'agent. La conservation de la tropacocaïne est un des plus grands avantages sur la cocaïne et l'eucaïne et repose sur ce fait qu'elle ne contient aucun groupe aisément saponifiable, comme le groupe éthérique la cocaïne et l'eucaïne. La tropacocaïne semble donc plus durable et plus appropriée aux solutions stériles que ces deux anesthésiques.

L'analyse comparative de la cocaïne et de la tropacocaïne a donné le résultat suivant sous le rapport des propriétés anesthésiques sur l'œil :

Tropacocaïne. (Anesthésie complète)			*Cocaïne.* (Anesthésie complète)	
Solution.	Survenance.	Durée.	Survenance.	Durée.
1 0/0	après 2′ 30″	jusqu'à 4′	Incomplète dans la plupart des cas.	
2 0/0	— 1′ 40″	— 20′	après 2′ 3″	jusqu'à 14′
4 0/0	— 1′ 30″	— 21′	— 2′ 3″	— 13′
5 0/0	— 1′ 30″	— 35′	— 4′ 40″	— 13′

Le chlorhydrate de tropacocaïne fut d'abord essayé sur l'œil humain par Schweigger et Silex (*Therap. Monatshefte*), 1892, p. 473), qui constatèrent que c'est un anesthésique dont l'action est beaucoup plus rapide que la cocaïne. L'anesthésie se prolonge pour longtemps par quelques gouttes instillées successivement, mais est plus durable que celle de la cocaïne. Elle amène rarement de la mydriase ou bien dans une mesure moindre ; elle ne cause pas d'ischémie, mais seulement une congestion durant 1 à 2 minutes. Quelques malades se sont plaints de picotements ; mais cette douleur n'était pas plus grande que quand on met de l'eau distillée dans l'œil ; en employant une solution de chlorure de sodium à 0,6 0/0 comme agent dissolvant, ces plaintes cessaient. Il ne fut pas observé une seule fois d'effets post-anesthésiques désagréables.

G. Ferdinando (*Brit. med. Journ.* 1893, n° 1695) considère la tropacocaïne comme un agent beaucoup plus sûr que la cocaïne, parce qu'elle agit aussi sur l'œil enflammé et ne produit pas le trouble de la cornée perceptible après emploi de la cocaïne ; des solutions à 5 0/0 anesthésient aussi les parties profondes de l'œil.

Dans un cas on constata après instillation d'une solution à 10 0/0 quelques phénomènes désagréables ; toutefois il n'est nullement nécessaire pour obtenir l'anesthésie d'employer des solutions aussi fortes.

G. A. Veasey (*New-York med. journ.* 1893, 25 novembre) a remarqué après emploi de la tropacocaïne une légère paralysie de l'accommodation ; il n'y eut jamais de ptosis, les pupilles étaient

rarement affectées. C'est surtout dans la kératite que cet auteur trouve la tropacocaïne avantageuse, car elle ne diminue point la masse sanguine de la cornée. La conclusion de Veasey que ce produit ne se répandra pas dans la pratique à cause de son prix élevé se trouve contredite aujourd'hui, puisque la tropacocaïne coûte actuellement environ la moitié de ce qu'elle coûtait autrefois.

Grœnouw (*Deutsch. med. Wochenschr.* 1896, n° 26) et M. F. Bockenham (*Brit med. journ.* 1893, 18 novembre) recommandent également chaleureusement ce produit en oculistique; celui-ci a donné à ce dernier auteur en solutions à 10 0/0 dans des opérations de strabisme, de rétrécissement des canaux lacrymaux et pour toucher la conjonctive, de très bons résultats.

En dentisterie C. Pinet et G. Viau (Soc. d'Odont. de Paris, 2 décembre 1892 et 2 janv. 1893), Hugenschmidt (*Sem. méd.* 1893, n° 6) et L. Hattyasy (*Oest. ungar. Vierteljahresschr. f. Zahnhlkde*, 1896, p. 161) ont employé la tropacocaïne avec succès. En injections on ne doit jamais dépasser 0,03 du produit, car 0,04 peuvent amener des phénomènes toxiques ; en badigeonnages les solutions à 10 0/0 valent mieux.

Seifert (*Internat. Klin. Rundschau* 1893, n° 8) s'est servi de l'agent pour anesthésier dans les opérations de rhinologie et de laryngologie, mais n'en a pas été satisfait, parce qu'il lui fallait en employer plus que de la cocaïne pour obtenir l'effet voulu ; de plus il a constaté de l'excitation locale et de l'hypérémie qui entraîna une forte hémorragie.

Ainsi qu'il résulte de ces essais, la tropacocaïne a été appréciée partout comme anesthésique local (à part les observations de Seifert) et prend place à côté de la cocaïne ; mais une toxicité moindre et la conservation de ses solutions sont surtout en faveur de la tropacocaïne. La tropacocaïne agissant aussi bien en oculistique et en dentisterie, il convenait de l'essayer complètement sur d'autres branches ; il convenait surtout de répéter les essais de Seifert, qui jusqu'à présent ont été les seuls défavorables et auxquels Vamossy n'attache aucune force probante.

En oculistique il y a lieu de prescrire l'agent comme il suit :

Chlorhydrate de tropacocaïne	0,03
Chlorure de sodium	0,06
Dissoudre dans eau distillée	10,0

Et filtrer (usage externe).

En dentisterie la tropacocaïne se prescrit comme il suit :

I

Chlorhydrate de tropacocaïne	0,2
Chlorure de sodium	0,03
Eau distillée	5,0

10 gouttes pour injections.

II

Clorhydrate de tropacocaïne	1.0
Chlorure de sodium	0 06
Eau distillée	10,0

Pour badigeonnages.

CORRESPONDANCES SPÉCIALES DE L'ODONTOLOGIE.

LETTRE DU CANADA.

Montréal, 27 février 1897.

Monsieur le Directeur,

En réponse à ma lettre du mois dernier vous me demandez une correspondance sur un sujet d'actualité pour les dentistes canadiens ; je ne crois pas pouvoir mieux faire que de vous écrire sur celui qui nous agite en ce moment et qu'on pourrait intituler : les dentistes canadiens et l'assemblée législative.

Pour bien vous faire comprendre le sujet de nos griefs, je crois qu'il est indispensable de vous donner quelques détails sur notre organisation dentaire. Nous sommes constitués en corps depuis 1869, et depuis cette époque nous n'avons cessé de lutter contre les empiétements des charlatans de toute espèce. A chaque session parlementaire nous avons eu à combattre des pétitions tendant à diminuer nos droits, mais généralement nous avons été victorieux, et il y a quatre ans nous avons été autorisés à établir « le collège dentaire de la province de Québec », auquel j'ai l'honneur d'appartenir à titre de professeur d'anesthésie et de chirurgie. Depuis son établissement, le collège a été constamment en butte aux attaques de certains membres de la profession désireux d'en faire partie sans en remplir les obligations ; néanmoins nous avons résisté, et aujourd'hui nous avons 50 élèves.

Ces explications me paraissant suffisantes pous vous faire comprendre où nous en sommes, j'aborde le sujet de cette correspondance.

Notre constitution, en vue d'empêcher l'encombrement de la profession par les dentistes étrangers, surtout ceux des Etats-Unis, leur défend de pratiquer chez nous sans avoir au préalable fait un stage complet et passé tous les examens requis.

Quatre ou cinq de nos confrères désirant ou monopoliser l'art dentaire ou négliger leur clientèle sans en souffrir, se sont adressés à notre assemblée législative pour avoir le droit d'employer des assistants étrangers, autorisés à opérer en leur présence ou en leur absence, ce qui permettrait à un dentiste d'avoir des succursales sur divers points; une foule de conséquences graves pouvaient en résulter, surtout dans les cas d'anesthésie par le chloroforme ou l'éther, car certains collèges américains ne sont pas très scrupuleux dans les examens de leurs candidats. Aussi toute la profession s'est-elle opposée à cette mesure, qui, malgré tous nos efforts, a réussi à être adoptée ; toutefois il n'est pas permis à l'assistant d'opérer en l'absence de son patron ; mais comme il est impossible d'avoir constamment l'œil au guet pour surveiller les allées et venues de ces messieurs, il en résultera certainement des abus graves. On dit dans certains milieux que la corruption n'est pas étrangère au vote de cette loi ; à la prochaine session nous espérons pouvoir la faire abroger, car elle est propre à faire croire au public

canadien que nous sommes inférieurs aux dentistes des Etats-Unis.
Je vous demande pardon, monsieur le directeur, d'avoir été aussi long, et je vous prie d'agréer, etc.

Eudore Dubeau.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

Un dentiste de province, M. L..., avait comme opérateur M. D..., dentiste patenté au 1er janvier 1892. Cet opérateur, qui, en vertu des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892, pouvait sans crainte poser des appareils et extraire des dents *avec douleur*, s'est cru également capable d'opérer sans douleur.

Fort de ce qu'il croyait être son droit, il fit dans le cabinet de son patron une injection de cocaïne [1] à Mlle M..., puis procéda à des tentatives d'avulsion, qui ne furent pas sans douleur pour la patiente.

Cela l'a amené devant le tribunal qui lui a fait comprendre que sa patente ne lui donnait pas le droit d'employer les anesthésiques, qu'il était répréhensible, et, malgré l'habile plaidoirie de son défenseur, l'a condamné à 25 francs d'amende avec application de la loi Bérenger *en rendant son patron, M. L..., civilement responsable.*

E. B.

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

CONSEIL D'ADMINISTRATION.

Séance du 2 décembre 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Stévenin, Rollin, Ronnet, Jacowsky et Hervochon. — Excusé, M. Bonnard. — Sans excuse, M. Chauvin.

Les candidatures de MM. Hofzumahaus, 5, avenue Trudaine ; Boulleret, 32, rue d'Alésia ; Royat, à Melun ; S. Eustache, à Tonnerre ; Blein, à Mâcon, sont mises aux voix et adoptées.

M. Stévenin annonce que l'annuaire *le Bottin* contiendra la liste des chirurgiens-dentistes sous une rubrique spéciale et que les insertions n'y seront pas libres, mais réservées aux seuls diplômés, et qu'un autre annuaire, *le Répertoire officiel de la médecine et de la chirurgie françaises*, édité par le Dr Lesieur, ne contient comme dentistes que les chirurgiens-dentistes diplômés.

Séance du 9 décembre 1896.

Présidence de M. de Marion.

Présents : MM. de Marion, Bruel, Bonnard, Stévenin, Rollin, Ronnet, Jacowsky, Hervochon, Martinier, Fabre, Dr Sauvez et Paulme.

1. L'éther en pulvérisations, le chlorure d'éthyle, le coryl, sont, comme la cocaïne, interdits aux dentistes non diplômés des Facultés, parce que ces produits sont considérés dans la bouche comme anesthésiques généraux.

Il est procédé à l'élection du bureau pour l'année 1897 et au remplacement des membres sortants.

Pour la vice-présidence, ont obtenu sur 11 votants :

MM. Jacowsky........	8 voix.	MM. Rollin...........	1 voix.
Martinier.	1 —	Bulletin blanc...	1

En conséquence M. Jacowsky est élu vice-président pour l'année 1897.

Ont été nommés à l'unanimité par acclamation : *Secrétaire général* : M. Stévenin. — *Secrétaire annuel* : M. Bruel. — *Trésorier* : M. Rollin.

Séance du 23 décembre 1896.

Présidence de M. de Marion, président.

Présents : MM. de Marion, Bonnard, Stévenin, Bruel, Rollin, Dr Sauvez, Ronnet, Paulme, Fabre et Hervochon. — Excusés : MM. Martinier et Jacowsky.

La candidature du Dr Ribard, au Havre, mise aux voix, est adoptée.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance : MM. Duvivier, 1, rue Ordener, parrains MM. Bonnard et Martinier ; Thuillier, à Rouen, parrains MM. Viau et Stévenin.

Don de vingt francs de M. Carré à Charleville pour aider aux poursuites intentées aux dentistes patentés.

Affaires judiciaires.

M..., à Saumur : exercice illégal de l'art dentaire avec usurpation du titre de chirurgien-dentiste ; emploi d'anesthésiques hors la présence d'un docteur, 50 fr. d'amende et 100 fr. de dommages-intérêts.

M. le secrétaire général soumet au bureau le cas fâcheux dans lequel la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie met les dentistes, en ce sens que cette loi est muette au sujet des ordonnances formulées par les chirurgiens-dentistes. Le Bureau décide de prendre conseil de MM. G. Berry, Bourgoin, Bourillon et César Duval.

M. Stévenin dépose la proposition suivante : chaque fois qu'une pétition quelconque sera faite, une copie en sera déposée aux archives avec la date et le nom de la personne à laquelle elle a été remise.

Mise aux voix, cette proposition est adoptée.

M. Stévenin propose ensuite d'établir un registre comprenant tous les membres du Syndicat, dont il donnera le nom, l'adresse, la date d'entrée, les parrains, la date ainsi que la cause de sortie. Adopté.

M. Fabre est nommé adjoint au trésorier-achiviste, comme archiviste-adjoint.

Séance du 29 janvier 1897.

Présidence de M. Jacowsky, vice-président.

Présents : MM. de Marion, Jacowsky, Bonnard, Stévenin, Bruel, Rollin, Paulme, Fabre, Martinier. — Excusés : MM. Ronnet et Hervochon. — Sans excuses, M. le Dr Sauvez.

Sur l'observation d'un membre, une rectification est faite au procès-verbal de la dernière séance.

Les candidatures de MM. Arnold, 39, rue de la Chaussée-d'Antin ; Denis, 420, rue Saint-Honoré, parrains MM. Bonnard et Martinier ; S. Bousquet, fils, à Carcassonne, parrains MM. Ronnet et de Marion, sont mises aux voix et adoptées.

La question des étudiants étrangers est l'objet d'une discussion très mouvementée à laquelle prennent part *MM. Bonnard, de Marion, Jacowsky* et *Stévenin*.

M. de Marion rend compte des démarches faites par lui dans le but de venir en aide à Mme A. Ch. D.

Les candidatures suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance : MM. Heischmann, 9, place des Jacobins à Lyon, commission de deux membres : MM. Bonnard et Paulme ; Daclin à Chalon-sur-Saône, parrains MM. Stévenin et Bonnard.

Affaires judiciaires.

Affaire L... exercice illégal. Le Syndicat a obtenu 16 fr. d'amende et 1 franc de dommages-intérêts.

M. Rollin demande au Bureau de voter un subside à la veuve de M. B. qui laisse sa famille dans un grand dénuement. Le Bureau décide d'ajourner cette demande.

Sur la proposition de *M. Bonnard*, M. Rollin invitera à venir à la prochaine séance du Bureau un conseil qui donnera la meilleure marche à suivre en vue d'amener la contribution des patentes des chirurgiens-dentistes à la valeur imposable des locaux d'exploitation, déduction faite de ceux qui servent à l'habitation.

LIVRES ET REVUES.

La littérature périodique des sciences médicales vient de s'enrichir d'un nouvel organe mensuel en langue russe « *La Chirurgie* », publié à Moscou sous la direction de M. le professeur Diakonoff et dont le premier numéro a paru le 1er janvier 1897. Ce journal est essentiellement consacré aux questions fondamentales de la grande chirurgie ; mais, inspiré d'un éclectisme louable et pénétré de la solidarité étroite de toutes les branches des connaissances médicales, il entend ne négliger aucune des spécialités touchant à la chirurgie. En ce qui concerne l'odontologie, nous trouvons dans le premier numéro des renseignements précis sur la constitution du Congrès dentaire international de Moscou ; le deuxième numéro nous apprend la nouvelle de la fondation d'une Société d'Odontologie à Ekaterinoslaff, dont le Président est l'inspecteur du bureau médical de la ville. Nous y trouvons également un article bibliographique sur le *Manuel des affections dentaires* par Scheff.

Le journal débute par une étude originale du Dr Pomerantzeff sur « *la caractéristique du bromure d'éthyle au point de vue du danger de son application comme moyen anesthésique* ». Plusieurs cas sont empruntés à la pratique des dentistes ; aussi espérons-nous y revenir prochainement.

Nous ne pouvons qu'applaudir à ce nouveau venu et nous lui souhaitons le succès qu'il mérite et par la largeur de son programme et par le prestige de son éminent directeur.

Mendel Joseph.

VARIA.

EXEMPTION DU SERVICE MILITAIRE POUR CAUSE DE MAUVAISES DENTS.

M. Cazal, médecin principal de première classe au Val-de-Grâce, a fait la répartition par département et pour chaque nature d'infirmité du nombre de jeunes gens exemptés, en prenant pour base de cette statistique les résultats donnés par les comptes-rendus des conseils de révision pendant sept années, de 1887 à 1893.

Le nombre total des hommes examinés pendant cette période a été de 2,127,533 ; or, si l'on considère le nombre de ceux qui ont été examinés chaque année, on s'aperçoit que le chiffre en a peu varié et que c'est même en 1893 qu'a été appelé le plus grand nombre de conscrits.

C'est un résultat quelque peu fait pour surprendre, alors qu'on entend dire chaque jour que le chiffre de la population s'en va sans cesse décroissant en France.

Le nombre total des exemptions pendant ces sept années a été de 214,860, avec une moyenne de 30,694 par année ; nous trouvons dans la statistique du Dr Cazal les renseignements suivants :

Les départements de la Gironde, des Landes et du Gers comptent le plus d'exemptions pour mauvaises dents : 8,60, 6,25 et 4,23 pour 1.000 hommes examinés. Contrairement à ce que l'on a toujours cru, la Normandie n'est pas plus mal partagée sous ce rapport que les autres régions ; sauf dans le département de la Seine-Inférieure, on ne trouve pas dans les autres un cas d'exemption sur 1.000.

G. V.

ARRACHEZ, NE GUÉRISSEZ PAS.

Le directeur des postes de Genève, M. Bovet, vient d'adresser à ses employés la circulaire suivante :

« Il arrive souvent que le personnel tombe malade à la suite de maux de dents et d'inflammation consécutive.

» L'extraction est le seul moyen (sic) de remédier à ces indispositions.

» Mais les employés aiment mieux souffrir (re sic) que de se prêter à cette opération. Ils abandonnent le travail et déterminent ainsi des vides dans le service.

» Cette situation ne saurait durer.

» Les employés sont avertis par la présente que les maux de dents ne seront plus admis comme cas de maladie, et que tous ceux qui s'absenteront pour ce motif seront remplacés à leurs frais. »

Pas tendre, ce directeur de la poste helvétique !

(*Revue médicale* n° 143.)

UN ÉMAILLEUR DE GRANDE ÉCOLE !

(*Extrait des Annales politiques et littéraires du 7 mars.*)

Les femmes n'ont pas moins besoin qu'on leur enseigne à conserver et à tirer parti de leurs dons physiques qu'à encadrer harmonieusement ces dons dans le vêtement. Ne tenant à rien tant qu'à leur beauté, elles semblent mettre tout en œuvre pour la détruire, ou ignorent la façon de la conserver.

Vous savez sans doute que les Américaines, interprétant de façon fantaisiste le mot de Cervantes : « Une dent vaut un diamant », faisaient insérer, il y a quelques années, la gemme coûteuse dans leurs quenottes. On pouvait dire justement qu'elles avaient un sourire étincelant ; mais il a peu duré : les dents s'en sont allées, entraînant la pierre précieuse, agent de destruction.

Alors, de tout autre et heureuse façon il a fallu comprendre la parole de l'auteur de *Don Quichotte*. Pour conserver ces perles que la nature a mises en notre bouche, on a d'abord essayé de remédier à leurs détériorations en les aurifiant : c'était difficile, coûteux, peu durable, visible.

Toutefois, c'était encore préférable au dentier, dont on pouvait ainsi retarder l'usage. Rien ne vaut, tant qu'elle existe, la dent *à soi*, plantée où il faut, pourvue, semble-t-il, d'un petit cerveau particulier qui lui indique ce qu'on attend d'elle.

C'est ce que pensèrent des gens ingénieux qui cherchent toujours. Et l'émaillage des dents fut inventé. Un professeur de grande école est arrivé, en ce genre, à la perfection, car ses émaux étant absolument inaltérables, fermant *hermétiquement* les cavités dentaires, possédant la gamme complète des nuances odontologiques, les dents les plus cariées peuvent être sauvées, restaurées par ce procédé, sans laisser deviner l'artifice !! C'est surtout pour les dents de devant que l'emploi de ces émaux, imitant si bien la réalité, est précieux. L'esthétique est entièrement satisfaite et quelque chose encore, car la durée de cet émail est indéfinie. J'ai vu des dents très abîmées, perdues, reprendre l'aspect et la solidité des dents saines et entières, sans qu'il fût possible de se douter de ce qui avait été fait.

Je sais que tous les dentistes-émailleurs ne sont pas parvenus à ce résultat. Beaucoup — pour ne pas connaître le secret de l'émail indestructible — font leurs obturations avec des émaux fusibles à basse température, employant le verre et ses succédanés. Ces émaux n'offrent malheureusement pas de résistance chimique ; dans la bouche, ils se désagrègent, se noircissent, finissent par valoir moins qu'un mauvais ciment. Mais n'est-ce pas déjà rassurant qu'un homme — qui n'emportera sûrement pas son secret avec lui — soit arrivé à se faire le collaborateur de la nature, à réparer du temps les outrages, à supprimer la douleur en guérissant radicalement la carie, et, de plus, à conserver la beauté ? Quand les vraies dents sont remplacées par des dents artificielles, — ce qui vaut pourtant mieux que le vide — adieu la grâce et la jeunesse de la bouche !

Oh ! que l'émaillage (parfait) se répande et que chacun y ait recours à temps pour s'épargner le dentier de prix élevé, d'entretien difficile et coûteux, le dentier qui n'empêche pas la déformation de la bouche et qui mastique bien imparfaitement les aliments, quoi qu'on dise.

Baronne STAFFE.

*
* *

Je vous en prie, baronne, un mot de plus, et dites-nous que le cabinet de ce grand artiste *n'est pas au coin du quai !*

Et si vous voulez divulguer son nom à la foule anxieuse, nous mettons notre *Tribune ouverte* à votre disposition.

G. V.

NÉCROLOGIE.

M. le professeur *Ludwig Holländer*, privat docent d'odontologie à la Faculté de médecine de Halle.

*
* *

M. le *Dr A. L. de Saint-Germain*, chirurgien de l'hôpital des enfants malades, membre et ancien président de la Société de chirurgie, chevalier de la Légion d'honneur.

En 1883 le Dr de Saint-Germain avait publié, sous le titre de *Chirurgie orthopédique*, ses remarquables leçons cliniques professées à l'hôpital des enfants. D'importants chapitres traitant des malformations des dents et des moyens d'y remédier, de l'hypertrophie congénitale de la langue, du bec-de-lièvre, des fissures palatines, etc., sont trop connus de nous tous pour qu'il soit nécessaire de les rappeler.

Ayant personnellement eu l'honneur et le bonheur de connaître ce distingué praticien, cet homme d'un esprit si remarquable, disparu si prématurément à l'âge de 61 ans, nous avons le douloureux devoir d'adresser nos sincères condoléances à sa famille et de lui exprimer nos vifs regrets.

G. V.

NOUVELLES.

Dans sa réunion du 30 mars dernier le Conseil du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris a procédé à la constitution de son bureau, qui est ainsi composé :

Président, M. Godon ; *Vice-présidents*, MM. Grimbert et Viau ; *Secrétaire*, M. Roy.

La commission permanente est composée de MM. Grimbert, Richard-Chauvin, Serres et Viau.

D'après une correspondance de Berlin, l'empereur d'Allemagne aurait appelé le chirurgien-dentiste Bödecker, de New-York, à Berlin pour donner ses soins à un membre de la famille impériale.

M. Bödecker a mis ses services à la disposition de l'empereur, mais a refusé de s'établir à Berlin.

Une des religieuses du couvent des sœurs grises à Montréal (Canada) est dentiste diplômée.

Le *Journal für Zahnheilkunde* fait remarquer qu'au Congrès de Moscou les dentistes n'auront que la qualité de *membres extraordinaires* et qu'ils ne pourront dès lors, aux termes de l'art. 3 du règlement qu'il cite en français, prendre part qu'aux travaux de la section dentaire. Ils reçoivent toutes les publications, mais n'ont pas le droit de vote dans les questions qui concernent l'organisation, comme nous l'avons déjà indiqué dans notre numéro de janvier.

Le journal allemand conseille en conséquences aux dentistes qui se respectent de s'abstenir d'adhérer au Congrès et leur conseille d'attendre le Congrès dentaire international annoncé à Paris pour 1900. Nous jugeons par ces lignes que nos confrères allemands se proposent d'y venir et nous pouvons dès à présent leur promettre un excellent accueil.

Le British journal of dental science nous annonce l'ouverture d'une Ecole dentaire au Japon.

Il faut réduire cette nouvelle à des proportions plus simples : il s'agit seulement d'une chaire de médecine dentaire à la Faculté de Tokio, car il n'est pas question de clinique, de dentisterie opératoire, de prothèse dentaire. Quoi qu'il en soit, l'amélioration est bonne à constater, surtout si l'on veut bien se rappeler que beaucoup de dentistes japonais pratiquent encore l'extraction des dents, seulement avec... les doigts.

M. Bonnard, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé chevalier de l'ordre militaire du Christ du Portugal.

Toutes nos félicitations au nouveau promu.

AVIS.

Nous attirons l'attention des membres de l'Association sur l'utilité de la création de la Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès dont nous avons publié les statuts dans notre numéro de février. Nous ne doutons pas de leur empressement à profiter des avantages qu'offre cette création ; mais nous croyons devoir leur rappeler que cette Caisse ne sera définitivement créée que lorsque nous aurons réuni 40 adhésions.

Envoyer les adhésions à M. Claser, Président de la Caisse de prévoyance des dentistes, 57, rue Rochechouart, Paris.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

Assemblée générale annuelle du 30 janvier 1897.

Présidence de M. PAPOT, président.

La séance est ouverte à 9 heures.

34 membres sont présents.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière assemblée générale a été publié. Quelqu'un a-t-il des observations à y présenter?

Aucune observation n'est formulée. Le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — CORRESPONDANCE.

M. Papot donne lecture de la correspondance qui comprend : 1° une lettre par laquelle M. le Dr Guillot, de Lyon, donne sa démission de membre du Conseil d'administration de l'Association; 2° une lettre de M. le Dr Roy, donnant sa démission de secrétaire général; 3° une lettre par laquelle M. Choquet se démet de ses fonctions de membre du Conseil d'administration et de secrétaire de la rédaction du journal; 4° une dépêche d'excuses de M. Godon, empêché par la mort de sa mère; 5° des lettres d'excuses de MM. Perrigault et Joseph.

M. Papot ajoute: « J'ai accusé réception à M. le Dr Guillot de sa démission en lui exprimant nos regrets de sa détermination; vous aurez donc à pourvoir à son remplacement. J'ai de même accusé réception à M. le Dr Roy de la sienne en le priant de revenir sur sa décision; mais il a persisté dans sa résolution. Enfin, dès que j'ai appris la démission de M. Choquet, j'ai insisté auprès de lui pour qu'il revînt sur sa décision, comme je vous prierai de le faire de nouveau.

En ce qui concerne la perte que vient de faire M. Godon, je suis persuadé que vous prendrez avec moi la part la plus grande à la douleur de notre ami. Si nos confrères de province n'étaient pas venus, je vous aurais proposé de lever la séance en signe de deuil; mais, ne le pouvant, je vous demanderai de remplacer cette mesure par une dépêche exprimant à M. Godon tous nos regrets. »

M. Choquet, secrétaire-adjoint, chargé de la rédaction de cette dépêche, la rédige, en donne lecture et la fait expédier.

II. — RAPPORTS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER.

M. Choquet donne lecture du rapport suivant :

Par suite de la démission du Secrétaire général de l'Association générale des dentistes de France, le soin de présenter le rapport annuel incombe cette année au Secrétaire-adjoint. Je vous demanderai toute votre indulgence en cette circonstance, car, malgré tout mon bon vou-

loir, il ne me sera pas possible de vous soumettre un rapport complet, comme l'aurait fait celui qui devait remplir ce devoir.

L'année qui vient de s'écouler aura été marquée par une perte très grande qu'ont faite nos sociétés et en particulier l'Association générale des Dentistes de France dans la personne de son président, Paul Dubois. Je n'ai pas besoin de vous rappeler combien cet affreux malheur a été ressenti, non seulement chez nous, mais encore dans les Sociétés dentaires étrangères. Tout le monde a été d'accord pour reconnaître que l'art dentaire faisait, par suite de la mort de M. Dubois, une perte considérable ; le travailleur infatigable, l'organisateur des Congrès dentaires en France était aussi estimé à l'étranger que dans notre pays.

Du reste, une preuve seulement suffirait pour le démontrer, c'est la spontanéité avec laquelle tous les dentistes, riches ou pauvres, nous ont apporté leur obole pour venir en aide à la veuve et aux enfants de notre malheureux confrère. Lorsqu'une profession entière donne un semblable exemple de solidarité professionnelle, c'est le plus bel éloge qu'elle puisse faire de la valeur de l'homme qu'elle regrette. Tel était le cas pour M. Dubois.

L'Association générale des Dentistes de France dut, par suite du malheur qui venait de la frapper, songer à nommer un nouveau Président. Les suffrages de tous nos collègues se sont portés sur M. Papot, qui, depuis sa nomination, s'est dévoué complètement à ses nouvelles fonctions et à qui l'Association sera heureuse, j'en suis convaincu, d'adresser tous ses remerciements pour la conscience et le dévouement qu'il a apportés en cette circonstance.

Notre organe professionnel, le journal *l'Odontologie*, a subi de grands changements. Au lieu d'être l'œuvre d'un seul homme comme cela avait été du temps de P. Dubois, il est maintenant dirigé par un Comité de rédaction comprenant un directeur, un rédacteur en chef, un secrétaire de la rédaction, un administrateur-gérant et un comité de 6 membres.

La charge qu'avait assumée la rédaction était lourde. Elle se trouvait en face d'une tâche nouvelle pour elle et, comme tout débutant, elle devait songer à faire école. Hâtons-nous de dire toutefois qu'elle s'est tirée avec honneur de cette période d'essai et que, si les dépenses ont été plus élevées par suite de certains frais spéciaux inévitables, les recettes n'en ont pas moins été augmentées. Tout nous permet donc de supposer que, l'an prochain, où nous nous trouverons dans une période normale, nous aurons des résultats excellents.

Nous avons eu 21 nouvelles adhésions dans le courant de l'année qui vient de s'écouler. La plupart de ces adhésions nous sont venues à la suite du Congrès de Nancy. Par contre, nous avons eu 2 démissions de membres de province et 5 décès à déplorer.

Des distinctions honorifiques ont été accordées cette année à plusieurs membres soit de l'Association, soit du corps enseignant, en récompense de leurs longs et loyaux services à l'Ecole.

Nous ne pouvons qu'applaudir à des récompenses si justement méritées.

Des secours ont été accordés après enquête aux veuves de deux de nos membres décédés.

M. Claser, le dévoué président du Syndicat professionnel, nous a rendu compte des expertises faites cette année, qui ont été au nombre de deux.

Par les comptes que va vous soumettre M. le Trésorier, vous pourrez voir que notre Association est en bonne voie de développement et tend de plus en plus à prendre de l'extension.

M. Rollin, trésorier, donne lecture du rapport suivant :

J'ai l'honneur de vous soumettre l'état des recettes et dépenses de l'année 1896.

Comme vous le voyez par l'état détaillé qui vous a été distribué, la situation financière de notre Société est restée presque stationnaire par suite d'un plus grand nombre de dépenses occasionnées par le rachat des publications odontologiques, la participation aux frais de l'impression de la brochure de l'École et surtout les souscriptions et secours en faveur des familles des membres décédés de l'Association. L'esprit de solidarité et de confraternité qui règne dans notre corporation nous aurait poussés à faire mieux encore, mais nos ressources sont limitées et nous avons fait ce qui nous paraissait utile et urgent.

Les recettes se sont élevées à 9.288 fr. 82 et les dépenses à 9.288 fr. 82.

Pour la Caisse de prévoyance les recettes se sont élevées à 11.794 fr. 90 et les dépenses à la même somme.

ENCAISSE AU 1er JANVIER

Association	3.913 fr. 12	Ensemble. 15.198 fr. 02
Caisse de prévoyance	11.284 90	

L'actif de l'Association s'élevait au 1er janvier 1896 à 15.535 fr. 39 c.; aujourd'hui il s'élève à 15.198 fr. 02 en obligations et en espèces, d'où une différence de 337 fr. 37 en moins pour cette année ; mais les dépenses extraordinaires que nous avons eu à supporter ne devant plus se reproduire pour l'année 1897, la situation financière ne pourra aller qu'en progressant comme les années précédentes.

Je viens donc vous prier de vouloir bien approuver mes comptes pour l'année 1896.

L'adoption des rapports du secrétaire et du trésorier est successivement mise aux voix et prononcée.

M. Papot propose à l'assemblée des remerciements pour MM. Choquet et Rollin, ainsi que pour M. Claser, qui a présenté au Conseil le rapport sur le syndicat professionnel qu'il préside.

Ces remerciements sont votés.

III. — PROPOSITION DE CONSTITUTION D'UNE CAISSE D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS.

M. Papot. — Nous avons à délibérer sur la constitution d'une Société de prévoyance et d'assurance en cas de décès, dont le projet, élaboré par M. d'Argent, a été publié dans le numéro de novembre dernier.

M. d'Argent demande la lecture de ce projet.

M. Choquet en commence la lecture.

M. d'Argent propose de voter sur chaque article séparément.

M. Choquet donne lecture de l'art. 1er, qui est mis aux voix et adopté, puis de l'art. 2.

M. Stévenin. — Mais si le sociétaire meurt à l'étranger ?

M. d'Argent. — Le cas est prévu plus loin.

L'art. 2 est mis aux voix et adopté.

L'art. 3 est également lu, mis aux voix et adopté.

Il est donné lecture de l'art. 4.

M. d'Argent fait remarquer que cette disposition a pour but de parer à la visite médicale.

M. Stévenin fait observer que les 5 annuités doivent se payer en 5 ans.

L'art. 4 est mis aux voix et adopté.

Sur la proposition de *M. Papot*, il est décidé qu'on votera par *titre* et non plus par *article*.

L'art. 5 est adopté.

M. Choquet donne lecture du titre III.

M. le Dr Monnet. — Qu'arrivera-t-il lorsque le sociétaire n'aura pas payé, qu'il aura été radié et qu'il demandera sa réintégration?

M. d'Argent. — Il sera admis comme un membre nouveau actuel.

M. Stévenin. — Je suppose un sociétaire malade, ne payant pas en janvier et hors d'état de répondre à la lettre qu'on lui écrit. Sera-t-il radié?

M. d'Argent. — La Caisse de prévoyance pourra lui faire une avance pour payer la cotisation afférente à cette période de maladie.

M. Blocman. — S'il n'écrit pas lui-même, il pourra toujours faire écrire par les personnes de son entourage.

M. le Dr Monnet. — Je trouve cependant la mesure excessive. Dans toutes les associations, quand on a déjà payé, on est simplement suspendu de ses droits pendant un certain temps, mais non déchu. Si le sociétaire n'écrit pas parce qu'il est dans le coma?

M. Papot. — Dans le projet qui vous est soumis on réclame d'abord au sociétaire sa cotisation par lettre, puis par lettre recommandée avec avis de réception. Il y aura toujours quelqu'un auprès de lui pour répondre. Les autres situations sont des cas de force majeure.

M. Richard-Chauvin. — L'art. 7 me paraît dur. Puisque les deux avertissements ne sont envoyés qu'à 8 jours d'intervalle, une siplme suspension serait suffisante.

M. Blocman. — Un dentiste a toujours auprès de lui quelqu'un qui s'intéresse à sa personne; s'il n'en est pas ainsi et s'il est dans le coma comme on le disait tout à l'heure, personne ne réclamera le droit à l'indemnité et c'est un cas spécial laissé à l'appréciation du Comité de prévoyance.

M. Bonnard. — Si une lettre arrive à un de nos sociétaires malade, quelqu'un y répondra ou elle nous reviendra et nous saurons alors ce que nous aurons à faire. Fixer à l'avance des délais me semble excessif.

M. d'Argent. — La préoccupation de M. Monnet est intéressante, mais il faut considérer aussi que nous ne pouvons attendre indéfiniment, à cause du taux de l'intérêt; or le délai de huit jours est le délai maximum qu'on puisse accorder pour une cotisation aussi réduite de 20 francs, sinon on ne peut parvenir à assurer une somme de 800 francs. Dans le cas indiqué il faudrait voter une prime de 22 ou 23 francs.

M. Richard-Chauvin. — Je le répète, l'article me paraît bien dur. Et que devient l'argent déjà versé ?

M. d'Argent. — Le sociétaire a droit à la restitution prévue plus loin.

M. Stévenin. — Une clause devrait prévoir les cas de force majeure. Un sociétaire peut avoir payé pendant 20 ans, voyager, mourir à l'étranger et tout perdre ; il faudrait examiner ce cas.

M. Touvet-Fanton. — Il me semble draconien de voir livrer au bon plaisir de la décision de la Société un membre qui aura toujours régulièrement payé et qui sera empêché de le faire étant à l'étranger.

M. Blocman. — Les chiffres sont des êtres impersonnels ; or M. d'Argent nous a dit qu'il est impossible de baser une cote d'assurance autrement que sur des chiffres. Si vous voulez qu'une Société de prévoyance progresse, il faut que tous ceux qui en font partie payent régulièrement ; eh bien, on a fixé le délai de huit jours comme un maximum, parce que, pour assurer un capital de 800 fr., avec la faible cotisation de 20 francs, il est indispensable qu'il n'y ait pas, dans les recettes, de retard susceptible d'entraîner une perte d'intérêts.

M. d'Argent. — J'insiste sur ce que vient de dire M. Blocman. Nous n'admettons que des confrères habitant Paris ou la province, et les cas qu'on nous cite sont des exceptions ; le Conseil examinera les cas qui se présenteront et prendra des déterminations en conséquence.

M. Richard-Chauvin. — Il résulte de ce que vous venez de dire qu'un sociétaire sera à la merci du comité. Une majoration de cotisation pourrait parer à cet inconvénient.

M. d'Argent. — Tout le monde cherche les situations les plus improbables et les plus compliquées, au lieu de simplifier, et j'avoue que je ne vois pas bien les secrétaires-trésoriers chargés de les régler.

M. le Dr Sauvez. — Pour un calcul il faut avoir des bases. Comme les choses se passeront toujours devant les membres de l'Association, on pourrait ajouter un article disant que l'assemblée générale sera juge des cas particuliers.

M. Richard-Chauvin. — Je demande un délai de 3 mois avant la radiation avec majoration fixée à l'avance ; la cotisation sera plus élevée et l'amende sera de 5 fr.

M. d'Argent. — Une amende de 5 fr. est suffisante, en effet.

M. Stévenin. — Le Conseil interviendra.

M. Blocman. — C'est inutile.

M. d'Argent. — Cette amende de 5 fr. ne doit exister que pendant les 5 premières années, parce que le contrat a une valeur entre la Société et les sociétaires ; le membre qui ne paye pas au delà peut demander le prélèvement de l'amende sur son fonds de réserve.

L'article, modifié par l'amendement de M. Chauvin, est mis aux voix et adopté.

Le titre III est également adopté.

M. Choquet donne lecture du titre IV.

M. Blocman. — L'art. 12 détruit l'objection de M. Stévenin.

M. Papot. — Quand on est en voyage à l'étranger, ce n'est pas la même chose que quand on y est domicilié.

Le titre IV est adopté. Les titres V et VI sont successivement lus, mis aux voix et adoptés.

Il est donné lecture du titre VII.

M. d'Argent fait observer que ce titre contient une erreur typographique; il faut remplacer le mot *viagères* par le mot *françaises*.

Ce titre est mis aux voix et adopté, ainsi que le titre VIII.

Enfin l'ensemble est également mis aux voix et adopté.

IV. — Propositions diverses.

M. Papot. — Dans le cours de l'année nous changerons de local; mais il faut pour cela modifier l'art. 3 de nos statuts et dire que notre Société aura son siège au siège de la Société de l'Ecole dentaire de Paris.

M. le Dr Monnet. — Est-ce légal?

M. d'Argent. — C'est provisoire jusqu'au choix définitif d'un local.

M. Viau. — Notre brochure est valable jusqu'en juillet.

M. le Dr Monnet. — Le Conseil d'Etat pourrait nous créer des difficultés.

M. Papot. — D'après les statuts, pour changer de siège social il faut un vote de l'assemblée générale; comme nous n'aurons notre prochaine assemblée que dans un an, je vous demande ce vote dès à présent.

M. Blocman. — Qui est-ce qui a le droit de décider le changement du siège social?

M. Papot. — L'assemblée générale.

M. Blocman. — Alors c'est un blanc-seing?

M. Papot. — Oui, mais qui est donné au Conseil de direction de l'Ecole, qui en a déjà un de son assemblée générale.

La modification proposée aux statuts est mise aux voix et adoptée.

M. Papot. — L'art. 23 du titre VII parle d'un secours de 200 fr. Nous vous proposons une nouvelle rédaction, comportant un délai de trois mois, parce que des réclamations se produisent tardivement et que la caisse peut être gênée, la demande d'un membre au lieu de la demande de la veuve, parce que celle-ci peut hésiter, enfin le terme *allocation* substitué au mot *secours*.

Ces diverses modifications sont mises aux voix et adoptées.

M. Claser. — Un membre est mort avant la modification demandée et la demande de la veuve est parvenue aujourd'hui.

M. d'Argent. — L'article du règlement n'a pas d'effet rétroactif. Le secours doit être demandé à la Caisse de prévoyance, qui examinera le cas.

M. Claser. — Mais c'est antérieur à ce vote!

M. Papot. — Vous êtes libres de donner une allocation si le cas est intéressant; mais c'est au Comité de la Caisse à statuer.

V. — Modifications a l'organisation du journal.

M. Papot. — J'ai à vous proposer des modifications au règlement du journal, examinées et approuvées par le Comité de rédaction, tandis que, de son côté, le Conseil de direction vous en soumet d'autres.

Le Comité vous propose la suppression de l'obligation pour le rédacteur en chef de fournir 200 lignes par numéro, pour éviter la monotonie et pour ne pas décourager les auteurs d'articles. Cette modification est d'ailleurs approuvée par le Conseil de direction.

M. d'Argent. — J'ai à vous présenter sur cette question un rapport au nom du Conseil de direction ; je vous en donnerai lecture tout à l'heure.

M. Papot. — Le Comité de rédaction propose d'attribuer 500 fr. au rédacteur en chef et de lui laisser 400 fr. pour les articles du dehors, de réduire à 500 fr. l'indemnité du secrétaire de la rédaction, de porter à 900 fr. celle de l'administrateur, enfin de partager seulement le bénéfice et non pas le chiffre des recettes.

M. d'Argent donne lecture du rapport suivant :

Depuis le 1er juillet 1896, *l'Odontologie* a été administrée conformément au règlement nouveau que vous avez adopté dans votre assemblée générale du 17 mai précédent.

Il entrait certainement dans l'esprit de chacun qu'en créant de toutes pièces une œuvre de cette importance, on pouvait avoir omis certains points ou s'être trompé sur d'autres, et que la pratique ferait ressortir les imperfections à corriger.

On faisait donc crédit aux administrateurs du journal d'un premier exercice considéré comme une période d'essai.

Disons tout de suite, à l'honneur des organisateurs du règlement, qu'après une expérience de six mois, les modifications qui vous sont proposées sont peu nombreuses et de peu d'importance.

S'ensuit-il qu'il n'y en aura pas d'autres, dans l'avenir, et que le règlement, après leur adoption, deviendra impeccable et immuable ? Je n'oserais l'affirmer.

Toutefois les propositions qui vous sont soumises sont les seules que l'expérience a indiquées jusqu'à ce jour ; et je vous propose leur adoption, au nom du Conseil de direction.

Les modifications que le Conseil de direction vous soumet portent sur 4 points :

1° Augmentation de l'allocation de l'administrateur-gérant, portée de 600 fr. à 1200 fr ;

2° Suppression de l'obligation pour le rédacteur en chef de produire *personnellement* un article de deux cents lignes environ dans chaque numéro du journal ;

3° Suppression de l'indemnité du rédacteur en chef, comme conséquence de l'article précédent et d'autres considérations, que je vous présenterai plus loin ;

4° Modification dans l'attribution des excédents créditeurs de chaque gestion.

Avant d'entamer la discussion générale sur ces propositions, permettez-moi de les examiner en détail, afin de vous fournir les éléments d'une saine appréciation et d'éviter les longues tergiversations.

En premier lieu, qu'on soit bien persuadé que, fidèles à une ligne de

conduite qui date de l'époque où ils ont fondu dans le creuset de l'oubli toutes les petites misères qui les avaient un instant divisés et tenus éloignés les uns des autres, les hommes que vous avez chargés de la direction de notre groupe ont soigneusement écarté de leur objectif toutes les questions de personne pour se renfermer dans une préoccupation plus intéressante et plus sensée : *les intérêts généraux de l'œuvre commune.*

Les propositions qui vous sont soumises aujourd'hui s'inspirent également de cette maxime.

Donc, en premier lieu, votre Conseil vous demande de porter à 1200 francs l'allocation de votre administrateur-gérant ; celle-ci n'était que 600 francs.

Quoique la fonction d'administrateur-gérant soit la plus effacée, elle est cependant la plus importante de toutes, si l'on considère la part qui lui revient dans la composition des numéros du journal : c'est l'administrateur-gérant qui réunit les éléments de chaque numéro, reçoit les épreuves, les corrige, sert d'intermédiaire entre le journal et la plupart de ses nombreux correspondants. Il règle tous les comptes et subit tous les dérangements ; sa maison est ouverte en permanence aux nombreuses personnes qui lui demandent des renseignements, aux courtiers d'annonces, aux abonnés.

Dès le début de notre exercice, nous avions reconnu la disproportion existant entre la faible indemnité prévue et l'énorme travail prescrit. Et je dis prescrit, parce que ce travail n'est pas bénévole, factice ou facultatif : il est périodique et s'accroît proportionnellement à la prospérité du journal. Ajouterai-je même que nous en étions presque confus, surtout lorsque nous considérions certaine fonction voisine, toute d'apparat, du moins pour l'instant, et dont la tâche, réellement trop douce, rapportait néanmoins à son titulaire, outre les honneurs d'une situation à laquelle est attachée la plus grande considération, une allocation double de celle de son modeste mais très laborieux collègue ? Nous voulons parler du Rédacteur en chef, dont l'indemnité prévue était de douze cents francs.

Est-ce à dire que notre règlement se fût montré imprévoyant en ce qui concerne ce titulaire et ne lui eût pas prescrit une tâche en rapport avec les avantages honorifiques et pécuniaires qu'il lui offrait ? Point du tout. Mais les conditions dans lesquelles l'activité de notre Rédacteur en chef peut s'exercer ne sont ni assez précises ni assez indispensables pour que sa collaboration soit suffisamment stimulée.

Il lui faut de l'amour-propre, du feu sacré, de la vocation — tel notre regretté Dubois ! — sinon son travail sera insuffisant ou sans profit pour les lecteurs.

Ces réflexions nous sont suggérées par l'expérience de ces six derniers mois.

Notre Rédacteur en chef, très absorbé par des occupations étrangères au journal, ne nous a donné qu'une participation des plus minimes, et je pourrais dire des plus *négligeables*, puisque cela n'a pas empêché le journal de paraître chaque mois, à son heure, avec des articles aussi nombreux et aussi attrayants que par le passé.

S'il en a été ainsi, n'allez pas croire au manque de qualités de notre titulaire et conclure que c'est par insuffisance qu'il a délaissé notre organe ; ce n'est pas l'opinion de ses collaborateurs, qui n'attribuent sa négligence qu'au manque de temps. Il aurait pu donner le change et s'offrir la paternité du travail d'autrui, en échange de l'allocation qui lui était attribuée, mais il nous avait promis un concours

probe et absolument personnel, et il s'est refusé à employer un semblable stratagème.

En choisissant un Rédacteur en chef, nous entendons avoir son concours personnel, comme nous l'avons souhaité en nommant le Président-directeur de l'Ecole, et non celui d'un suppléant qu'il est facile de s'offrir avec nos deniers. Tel est le premier motif qui nous a portés à vous demander la suppression de l'indemnité ; *mais ce n'est pas le seul.* Lorsque nous demandons à notre Rédacteur en chef son concours en échange de l'honneur et des avantages indéniables qui s'attachent à son titre, nous suivons un usage établi dans notre groupe, en ce qui concerne d'autres fonctions non moins absorbantes, entre autres celles de Président-directeur et de secrétaire général de l'Ecole, qui ne sont aucunement rétribuées.

Citer l'analogie me paraît suffisant et je n'insisterai pas plus longtemps sur ce second argument.

Il est de règle parmi nous que des indemnités ne soient allouées qu'à ceux de nos fonctionnaires qui n'ont pas une tâche facultative, mais prescrite et bien définie, comme celles d'administrateur-gérant du journal, de secrétaire de la rédaction, de trésorier de l'Ecole, de professeur de cours ou de dentisterie opératoire ; et il n'en est plus ainsi du Rédacteur en chef, si vous adoptez la proposition tendant à supprimer les deux cents lignes qu'il devait fournir chaque mois.

Cette production, qui d'ailleurs n'a jamais été obtenue, a été combattue avec raison, et sa suppression a été demandée par tous les membres du Comité de rédaction, comme étant impossible à réaliser dans de bonnes conditions, et en raison de la monotonie qui s'attache à une série d'articles émanant du même auteur.

Or, c'est précisément en compensation de ce travail réel et imposé, que le règlement faisait figurer l'allocation. En retranchant l'article mensuel on supprime, du même coup, l'indemnité qui y était attachée.

Allons-nous être pour cela privés d'articles, et le rôle du Rédacteur en chef sera-t-il incolore par l'adoption de notre proposition ? Nous affirmons le contraire, et c'est pour augmenter dans la plus large mesure possible la production de notre journal que nous vous faisons la quatrième proposition.

Au lieu de partager les excédents de recettes entre l'Association et les fonctionnaires, nous vous demandons de les employer, — sans que cette attribution puisse, toutefois, élever notre chiffre total des dépenses à plus de 10.000 francs — en articles payés et en augmentation du format du journal, bien à l'étroit dans 60 pages et que nous espérons voir bientôt à 100 pages, grâce à un judicieux emploi de nos fonds.

Lorsque les recettes auront dépassé cette somme de 10.000 francs, nous vous proposons de diviser l'excédent en trois parts égales :

Un tiers reviendrait à l'Association générale ;

Un tiers serait versé à un fonds de réserve du journal ;

Un tiers resterait à la disposition de notre Comité de rédaction pour être employé à l'embellissement du texte par l'insertion de nombreux clichés.

Ce sont là les résultats que nous devons chercher à obtenir et qui justifient les propositions de votre Conseil de direction.

Ce rapport est mis aux voix et adopté avec félicitations.

M. d'Argent déclare ne pas accepter ces félicitations pour lui seul, parce que tout le monde s'est occupé de cette question avec beaucoup de zèle.

VI. — Assurances en cas d'accidents.

M. Choquet. — Votre secrétaire général, M. Roy, s'est adressé à diverses compagnies d'assurances pour savoir dans quelles conditions elles consentiraient des assurances en cas d'accidents non seulement individuelles, mais collectives, aux membres de l'Association. Voici les réponses qu'il a reçues (il en donne lecture).

M. Papot. — Vous pourriez charger votre bureau de mettre sur pied ces diverses propositions et de traiter définitivement avec une des compagnies.

M. d'Argent. — Les tarifs qui vous ont été présentés ne diffèrent pas de ceux des autres compagnies; cependant, quand on traite avec une collectivité, il faut des conditions meilleures que quand on traite avec une individualité.

M. Papot. — Laissez à votre Conseil de direction le soin de nommer une Commission qui traitera prochainement ; le journal vous tiendra au courant de la solution adoptée.

VII. — Service des recouvrements.

M. Papot. — Vous savez tous combien nous perdons d'argent dans nos cabinets par suite de la négligence que nous apportons à faire présenter à nos clients leurs notes d'honoraires. Or, il s'est constitué une Société qui, sous le nom de Syndicat français, dont le siège est à Paris, 131, boulevard Sébastopol, s'occupe des recouvrements médicaux et se chargerait également des nôtres aux conditions suivantes (il en donne lecture). Comme vous le voyez, ces conditions sont très avantageuses; dès qu'une note est encaissée, on en reçoit immédiatement le montant.

VIII. — Renouvellement partiel du conseil d'administration.

M. Papot. — Vous avez à procéder au renouvellement partiel du Conseil d'administration, c'est-à-dire à voter pour 6 membres sortants, de Paris, MM. Claser, F. Jean, Löwenthal, Martinier, Papot et Viau, 1 membre démissionnaire, M. Choquet, 4 membres sortants, de la province, MM. Audy, Coignard, Schwartz, Douzillé, 1 membre démissionnaire, M. le Dr Guillot, au total 12.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants:

Nombre des votants : 27. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

MM.	Martinier......	25	voix	MM.	Douzillé.......	25	voix
	Papot.........	25	—		Audy..........	24	—
	Claser.........	23	—		Coignard......	24	—
	Viau..........	23	—		Schwartz......	24	—
	de Marion.....	16	—		Martin........	18	—
	(Paris)				(Province)		

M. Papot. — En conséquence de ce vote, MM. Martinier, Papot, Claser, Viau et de Marion, pour Paris, Douzillé, Audy, Coignard, Schwartz et Martin, pour la province, sont nommés membres du

Conseil d'administration. Il vous reste 2 membres à nommer pour Paris.

Il est est procédé à un 2e tour de scrutin, qui donne les résultats suivants: nombre des votants, 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu: MM. Paulme 14 voix, Dr Monnet 14 voix.

M. Papot. — MM. le Dr Monnet et Paulme sont élus.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le secrétaire,
J. CHOQUET.

TRIBUNE OUVERTE.

(RÉPONSES)

Question n° 1. — M. Rauhe est un praticien et dirige en même temps la manufacture d'instruments. Son adresse est 4, Königs Allée, Düsseldorf (Allemagne). H. A.

Question n° 2. — I. La racine préparée et bien séchée pour recevoir le pivot, introduire du ciment à l'aide d'une fine broche en platine. Porter le ciment dans la racine par *très petites* quantités, de façon à ne pas *toucher les bords* de l'entrée de la racine. La broche de platine doit être polie et brunie. K.

II. Ou bien se servir de 2 fouloirs recouverts de talc, le deuxième refoulant ce que ramène le premier. B.

Question n° 3. — Le dépositaire du nouveau ciment de Telschow est Mme Jourdain, 4, rue de Moscou, à Paris. Ce ciment se trouve aussi chez MM. Reymond frères, 22, rue Lepeletier, Paris.

Question n° 4. — M. Duvoisin, pharmacien chimiste chez M. Richard-Chauvin, 51, rue de Châteaudun, prépare différentes sortes de guttas. Nous apprenons aussi que M. Lot, 3, rue Matignon, à Bordeaux, fait des préparations analogues. Nous recevons également les adresses suivantes:

Toussaint, chimiste-pharmacien, à Croix-Wasquehal (Nord);

P. Vincart, pharmacien-chimiste, chirurgien-dentiste, rue Brederode, Anvers. E.

Question n° 5. — Oui, un dentiste patenté peut se faire assister d'un élève non diplômé, à la condition toutefois que cet élève opère sous la surveillance étroite et effective et sous la responsabilité du maître. R.

Question n° 6. — La question n'est pas encore résolue puisque le jugement a été frappé d'appel. Mais s'il est confirmé par la Cour d'appel, le titre de « chirurgien » devra être enlevé. Peu importe la durée de la possession antérieure de ce titre. Le Syndicat des chirurgiens-dentistes ou tout autre chirurgien-dentiste pourra en demander la suppression par voie d'instance civile en concurrence déloyale. R.

Question n° 7. — Nous publierons prochainement la remarquable conférence faite par le Dr Thomas le jour de l'inauguration de l'Ecole Dentaire de Paris le 19 novembre 1880. Cette conférence relate des faits très intéressants sur la vie de Fauchard.

Question n° 10. — I. Employer le plus de rose possible ; ne se servir que de caoutchouc de 1re marque (Child's ou S. P. d'Ash); renouveler entièrement l'eau du vulcanisateur; mettre, si le moufle est chaud, de l'eau bouillante et cuire surtout la pièce complètement. Seul procédé employé depuis dix ans avec succès. B.

II. La limaille et des morceaux de vieux caoutchouc vulcanisé ont été indiqués dans ce but dans un récent numéro de *l'Odontologie*.

(QUESTIONS)

? *N° 12. Quels sont les livres traitant de la prothèse dentaire qui peuvent être utiles à un élève mécanicien ?* S.

? *N° 13. Quelle est la provenance de l'aluminium dont parle M. Telschow ? Quel en est le procédé de soudure ? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire remontant à quelques années déjà ?* S.

? *N° 14. Pourquoi les* liquides *des ciments dentaires ne sont-ils pas contenus dans des flacons compte-gouttes ? Il semble que cela est tout indiqué cependant.* V.

? *N° 15. Quel est le premier livre publié sur l'art dentaire en langue française ?*

? *N° 16. On demande le nom de l'inventeur de la digue et les bibliographies françaises qui lui sont consacrées.*

? *N° 17. Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes intimes créés par la vulcanisation ?*

? *N° 18. Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses : « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais », et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même ?*

? *N° 19. Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées ?*

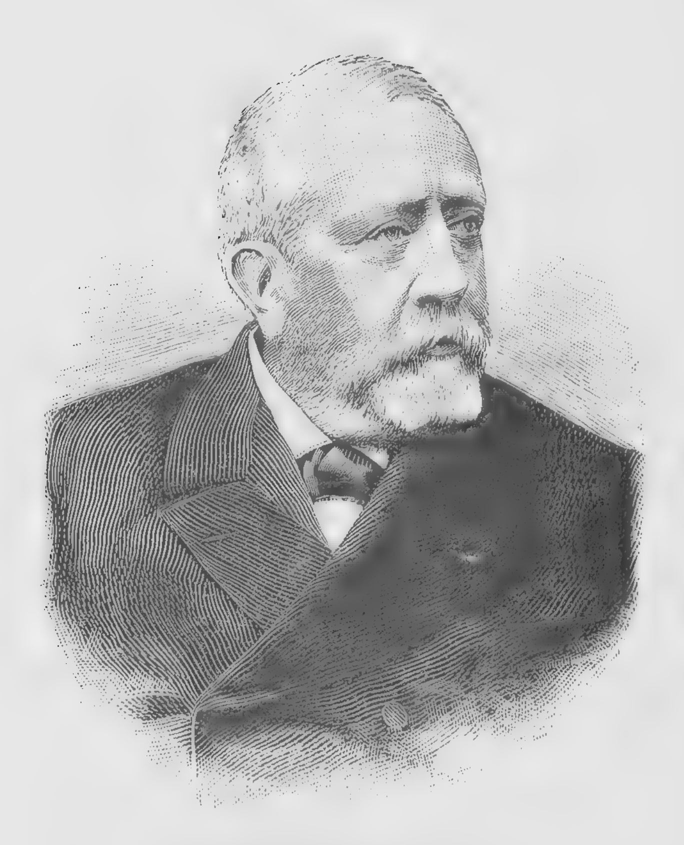
? *N° 20. Un confrère français demande quels poids et quelles mesures sont usités en Angleterre pour la vente de l'or en plaques et quel est le prix de ce métal, ces mesures étant ramenées au gramme.*

? *N° 21. Les dentistes doivent-ils en principe faire payer les simples consultations non suivies de traitement ?*

? *N° 22. Quel est le meilleur moyen de traitement de la sensibilité du collet des dents non atteintes de carie dentaire ?* E.

? *N° 23. Pourquoi les patentés de 1889 bénéficient-ils de la dispense du 1er examen et non ceux de 1890-91-92 ? sont-ils donc reconnus plus aptes ou plus instruits que ces derniers ?* X.

N. B. Les réponses aux questions ci-dessus seront publiées dans le prochain numéro. Nous prions les personnes qui voudront bien nous répondre de rappeler le numéro des questions. Ces questions ou réponses peuvent être signées ou non; elles doivent nous être envoyées au plus tard le 10 de chaque mois.



LE DOCTEUR E. MAGITOT
(1833-1897)

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE

17e ANNÉE. No 5. MAI 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie paraît avec un minimum de 72 pages de texte.
Le présent numéro contient un portrait et une planche de gravures hors texte.

Le numéro de janvier 1897 de *l'Odontologie* est complètement épuisé, en raison des nombreux abonnements que le succès croissant de *l'Odontologie* nous a amenés. Ceux d'entre nos lecteurs qui posséderaient ce numéro en double rendraient service à des confrères en nous le faisant parvenir.

DOCTEUR E. MAGITOT.

(1833-1897.)

Le docteur Magitot, qui vient de mourir subitement à Paris, à l'âge de 63 ans, d'une crise d'asthme, quatre jours après son retour du Midi, est certainement le savant qui s'est le plus occupé des questions touchant les dents et les maladies de la bouche, dans notre siècle, en France.

Son nom est universellement connu de tous les médecins, de tous les dentistes de France et même du monde, et le travail considérable qu'il laisse le classe facilement au premier rang de notre spécialité.

Nous allons, dans cet article, nous efforcer de montrer quelle fut son existence, toute de labeur, et de faire voir, à côté du savant, ce qu'il fut comme dentiste, et quel fut son rôle dans notre profession.

Magitot naquit, à Paris, en 1833 ; son père s'était consacré déjà aux maladies de la bouche et des dents. A 24 ans, il était docteur en médecine, avec une thèse couronnée sur le *développement et la structure des dents humaines* (Paris, 1857). Dans ce travail on sent déjà un vif désir de s'adonner à des recherches sérieuses et approfondies dans cette branche peu explorée encore des connaissances médicales.

Voulant se consacrer immédiatement à sa spécialité, il ne passa pas par l'internat des hôpitaux de Paris, et commença tout de suite à travailler sérieusement les questions relatives au développement et à la structure des dents.

Lié d'intimité avec Charles Robin, Magitot trouva auprès de cet

anatomiste un appui important pour les travaux de laboratoire et de micrographie qu'il voulait entreprendre. Il publia, en effet, avec la collaboration de l'illustre biologiste, un ouvrage sur *la genèse et l'évolution des follicules dentaires chez l'homme et les mammifères*, qui parut dans le *Journal de physiologie* (1860-1861). Il y réfuta et élucida les diverses théories émises sur cette question par des savants français ou étrangers, et parvint à établir les étapes embryonnaires définitives de l'organe dentaire. Il continua plus tard, en commun avec le physiologiste Ch. Legros, des investigations sur le même sujet, qu'il dut poursuivre seul, après la mort de ce dernier.

Dès lors, Magitot, par un incessant labeur, se livra à ses recherches scientifiques et publia de nombreux travaux. Il démontra, entre autres, la nécessité d'une réaction acide du milieu buccal pour entamer l'émail des dents. « La microbiologie n'étant pas née encore, il ne lui fut pas possible d'entrevoir le rôle que les micro-organismes pouvaient jouer dans cette question si importante de la carie dentaire; mais il trouva, du moins, la cause efficiente de l'affection, une action chimique, sinon la cause première de cette résultante, dûment bien établie » (Bouvet).

Un de ses plus remarquables travaux a pour titre : *Traité des anomalies dentaires* (1857) ; il faut le rapprocher des diverses communications qu'il fit à la *Société de chirurgie*.

Un sujet qui le passionna entre tous fut la *nécrose phosphorée*. Ayant depuis de longues années soigné de nombreux ouvriers des usines d'allumettes, il avait essayé de découvrir la porte d'entrée du terrible mal. Il avait cru d'abord la trouver exclusivement dans toute carie dentaire pénétrante ; mais, après les débats ouverts dans les Sociétés savantes et presque toujours suscités par sa laborieuse opiniâtreté à demander aux pouvoirs publics des mesures hygiéniques préventives contre le fléau, il dut adjoindre à la carie, comme seconde cause, le phosphorisme latent, s'associant en cela aux idées du professeur A. Robin.

Et c'est au milieu de ces recherches, après avoir pris part tout récemment encore, à Bruxelles et à l'Académie de médecine de Paris, à plusieurs débats sur cette grave question, que la mort vint le trouver, le lendemain du jour où il avait publié un article sur la nécrose phosphorée, dans la *Revue des Deux Mondes* (mars 1897).

*
* *

Voici, d'ailleurs, une liste à peu près complète des publications de Magitot :

Etude sur le développement et la structure des dents humaines. Thèse, Paris, 1857.

Mémoire sur les tumeurs du périoste dentaire, 1860.

L'homme et les singes anthropomorphes, 1869.

Mémoire sur les kystes des mâchoires, 1872.

Sur l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire, 1873.

Origine et formation du follicule dentaire chez les mammifères, 1873.

De la nécrose phosphorée, 1874.

Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire, 1874.

Pathogénie et prophylaxie de la nécrose phosphorée, 1875.

Etudes tératologiques de la polygnathie chez l'homme, 1875.

Des kystes périostiques du maxillaire supérieur au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, 1876.

Contribution à l'étude des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères. — Des anomalies de l'éruption, 1876.

Observations de périostite alvéolo-dentaire chronique avec inflammation de voisinage, traitée par la résection suivie de la réimplantation immédiate, 1876.

Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères. Ouvrage couronné. *Avec un atlas de* 20 *planches* dessinées et gravées par C. Nicolet, 1877.

Pathologie générale de l'érosion des dents, 1878.

De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique des lésions de l'appareil dentaire, 1879.

Rapport sur un travail de M. Aguilhon ayant pour titre: *Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive*, 1880.

Sur l'usure spontanée des dents au point de vue ethnique, 1880.

De la structure et du développement du tissu dentaire dans la série animale, 1880.

Un cas de nanisme, 1881.

Recherches ethnographiques sur le tatouage considéré au point de vue géographique, 1881.

Lettres sur les projets de réglementation légale de l'art dentaire en France, 1881.

Gencives, 1881.

Etudes sur le tatouage considéré au point de vue de sa répartition géographique, 1881.

Études cliniques sur les accidents de l'éruption des dents chez l'homme (Extr.), 1881.

Sur l'érosion des dents considérée comme signe rétrospectif de l'éclampsie infantile. Tr. Internat. M. Cong., 1881.

Développement de l'organe dentaire chez les mammifères, 1881.

Description d'un nouveau cas d'hermaphrodisme, 1882.

Valeur diagnostique, dans le diabète sucré, de la périostite alvéolaire des mâchoires.

Dent : Anatomie descriptive; histologie; anatomie comparée; physiologie ou histoire du développement; lois de dentition; pathologie ou histoire des maladies des dents; opérations qui se pratiquent sur ces organes, 1882.

Kystes des mâchoires, 1882.

Des lois de la dentition (*études de physiologie comparée*), 1883.

Maladies de la bouche; des indications thérapeutiques dans la carie dentaire, 1883.

Sur la descendance syphilitique du rachitisme, 1883.

Sur l'origine des kystes des mâchoires, 1884.

Rachitisme et syphilis héréditaire, 1883.

Considérations sur le diagnostic différentiel des tumeurs dures de la voûte palatine, 1884.

Instructions relatives à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles, 1885.

Essai sur les mutilations ethniques, 1885.

D'une maladie grave analogue au scorbut observée chez certains reptiles, 1886.

De la glossodynie ; glossalgie (Breschat) ; *rhumatisme musculaire de la langue ; névralgie linguale ; ulcérations imaginaires de la langue*, 1887.

Sur les prétendus kystes du sinus maxillaire, 1887.

Du drainage métallique à faible diamètre dans le traitement des kystes des mâchoires, 1887.

Rapport sur une observation de kyste du maxillaire supérieur, ouvert dans le sinus, par le Dr Bauzon, 1887.

Sur les deux dentitions des mammifères, 1888.

Nouvelle note sur la pathogénie des kystes des mâchoires. Réponse à M. Malassez, 1888.

Nouvelles recherches sur la pathogénie et la prophylaxie des accidents industriels du phosphore, et en particulier de la nécrose phosphorée, 1888.

Kystes et abcès du sinus maxillaire, 1888.

Note sur la pathogénie des kystes des mâchoires, 1888.

L'hygiène et l'industrie des allumettes (Extrait du *Temps*), 1889.

Nosographie et histoire de l'arthrite alvéolaire, symptomatique (*Pyorrhée alvéolaire*), 1890.

L'exercice de l'art dentaire en France, 1890.

Sur l'antisepsie buccale au point de vue de la prophylaxie des maladies, 1892.

De la difformité faciale connue vulgairement sous le nom de menton de galoche et sa guérison par les moyens orthopédiques, 1892.

Moulages de doigts recueillis sur des cagots de Salies-de-Béarn, 1892.

Sur une variété de cagots des Pyrénées, 1892.

De l'hystérie chez les nouveau-nés, 1892.

Des maladies de la dentition, 1892.

La loi nouvelle et les dentistes, 1893.

Le diplôme de chirurgien-dentiste, 1894.

Tumeur dure de la voûte palatine ; douleurs névralgiques intenses du côté droit de la face ; paralysie du muscle droit externe du globe oculaire du même côté ; strabisme interne ; incertitude du diagnostic ; hypothèse d'une tumeur spécifique ; importance du traitement antisyphilitique ; inflammation brusque de la masse ; ouverture d'une vaste poche osseuse au fond de laquelle est implantée une couronne de canine ; affaiblissement graduel des parois ; cessation immédiate des accidents, 1894.

La fabrication des allumettes et les accidents phosphorés, 1894.
Sur un nouvel anesthésique local, 1895.
Des accidents industriels du phosphore, 1895.
Symptômes du phosphorisme, 1895.
Essai physiologique sur la musique, 1895.
Sur l'assainissement de l'industrie des allumettes, 1897.

*
* *

Comme on le voit, Magitot se consacra surtout à la pratique de l'odontologie, qu'il a illustrée. On peut même dire qu'il a été en France le véritable initiateur de cette branche de la science médicale appelée *stomatologie*, jusque-là restée aux mains de praticiens habiles, mais parfois peu au courant des notions de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie générales.

Magitot se voua à la défense de cette idée et la répandit avec toute l'ardeur d'un apôtre ; il y consacra toutes ses facultés indéniables de combativité. Il fut secondé dans sa tâche par une rare facilité d'écrivain, qu'avait su apprécier Edmond About, qui lui avait ouvert le *XIXe Siècle*.

Doué d'un grand amour de la science sous toutes ses formes, d'une puissance de travail étonnante, Magitot s'adonna non seulement aux études si arides de l'histologie, mais aussi à l'anthropologie, sous la direction de Broca. C'est ainsi qu'il a fait à la Société d'anthropologie, dont il fut un des membres fondateurs et l'un des présidents, diverses communications sur *l'homme et les singes anthropomorphes*; *l'anatomie comparée du système dentaire chez l'homme et les singes*. A citer encore ses *Etudes et expériences sur les traces de l'existence de l'homme aux temps tertiaires*; un Mémoire sur le *tatouage*, en collaboration avec le Pr Lacassagne (de Lyon), etc. Il avait publié également dans le journal *Le XIXe Siècle* une série de rapports sur les *Congrès d'anthropologie* tenus dans les diverses capitales d'Europe. Il s'occupa même des questions d'anthropologie criminelle et fut secrétaire d'une des sections de ce Congrès, qui compte dans son sein nombre de savants, parmi lesquels le fameux Lombroso, et des jurisconsultes éminents.

Savant dans toute l'acception du terme, il ne dédaigna pas cependant les questions d'hygiène On se souvient de la campagne qu'il a menée tout récemment contre les conditions désastreuses dans lesquelles travaillent les allumettiers et contre le phosphore blanc, dont l'emploi est si funeste.

Magitot était membre associé de l'Académie de Médecine et membre de la Société de Chirurgie ; c'est en 1888 que la première lui ouvrit ses portes. Il faisait également partie de la Société de Chirurgie et de la Société de Biologie.

Magitot fonda en 1888 la Société de Stomatologie, uniquement composée de docteurs-dentistes et qui, chaque année depuis 1888, l'avait réélu comme président. Il était chevalier de la Légion d'honneur.

*
* *

Nous avons donné plus haut la liste considérable des publications de Magitot. Dans ces dernières années, il fonda la *Revue de Stomatologie*, dans laquelle parurent également un grand nombre d'articles soit purement scientifiques, soit de politique professionnelle, signés de lui et dans lesquels on retrouve toujours sa grande facilité d'écrivain et sa ténacité à défendre les idées qu'il a toujours soutenues.

Parmi les travaux que nous avons cités, les plus remarquables sont ses articles très fouillés du *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques* et du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, publications bien connues de tous ceux qui s'intéressent à l'art dentaire, ainsi que son *Traité des anomalies dentaires.*

C'est dans ces livres principalement qu'ont puisé le plus souvent tous ceux qui ont écrit sur notre art, et son nom est indissolublement lié à notre spécialité.

Tel fut l'homme qui vient de disparaître ; comme savant, la science dentaire perd en lui son plus illustre représentant. Certes, on peut toujours trouver à critiquer dans une œuvre très étendue, et l'on rencontre dans ses travaux quelques erreurs inévitables ; mais l'ensemble n'en constitue pas moins une somme considérable de documents, qui ont été et seront encore longtemps la base des connaissances humaines sur les dents et surtout sur leur anatomie, à l'heure actuelle.

A ce point de vue donc, nous ne pouvons que déplorer la perte d'un homme aussi éminent et l'une des grandes illustrations de notre époque. Ecartons tout esprit de parti et louons sans réserve, en tant que savant, celui qui fut le plus instruit et le plus marquant dans notre branche. Il dort aujourd'hui de l'éternel sommeil, et nous devons tous regretter la mort de ce grand homme qui s'en va en laissant après lui un travail gigantesque et une renommée universelle.

*
* *

Nous venons de voir ce que fut le savant ; voyons maintenant ce que fut le dentiste. Et d'abord, posons-nous cette question : Magitot fut-il dentiste ? Non, croyons-nous. Si Magitot fut dentiste, ce fut sans vouloir l'être, et si on lui avait demandé s'il était dentiste, nul doute qu'il eût répondu : « Non, je suis stomatologiste ». Il passait la plus grande partie de son temps à soigner les dents, à les étudier, et il trouvait dans une clientèle nombreuse et choisie une juste rémunération de son travail ; mais il ne se considérait pas comme dentiste à proprement parler.

Pour nous, nous estimons qu'un bon dentiste doit être surtout un praticien, qui, en dehors de ses connaissances théoriques, soit apte à bien soigner les dents, à les bien obturer, à les bien remplacer. Est-ce là ce que fut Magitot ? Nous ne le pensons pas, et nous ne croyons pas faire injure à sa mémoire, pour laquelle nous avons la plus grande vénération, en disant que lui non plus ne le pensait pas. Il aimait la théorie, il fut plutôt théoricien ; quant à

la pratique dentaire, à la dentisterie opératoire, il ne lui reconnaissait pas, à beaucoup près, la valeur qu'elle mérite que et nous jugeons devoir lui être accordée. Depuis vingt ans, trente ans, l'art dentaire s'est transformé du tout au tout, et nous ne croyons pas que Magitot se soit tenu au courant de cette évolution qu'il n'appréciait pas assez. *Il y a bien loin du traitement des dents d'autrefois à celui que nous pratiquons aujourd'hui*, en suivant l'exemple, il faut bien le dire, des dentistes américains. Ces derniers, en effet, ont été pendant bien longtemps plus avancés que nous dans cette spécialité, qui était en plein épanouissement chez eux alors qu'elle était encore dans l'enfance chez nous.

Le drainage, par exemple, si prôné par Magitot, disparaît de plus en plus, et le nettoyage des canaux fait minutieusement, leur *ramonage*, comme nous disait à nous-même Magitot avec une pointe de mépris, nous permet presque toujours de sauver des dents à carie perforante que l'on aurait drainées, c'est-à dire presque absolument perdues, en suivant ses conseils.

De même, la greffe, qu'il a préconisée et qui est parfois une opération fort utile, à notre avis, quoi qu'on en ait dit, est une intervention tout à fait exceptionnelle dans la pratique courante et pourra souvent être évitée.

Quant à la prothèse, Magitot était de ceux qui croient que l'application d'un appareil destiné à remplacer les dents est tout au plus digne d'un médecin, et que, en tout cas, la confection de cet appareil doit être laissée à des ouvriers spéciaux, les mécaniciens-dentistes. Nous pensons, au contraire, que cette branche particulière de l'art dentaire mérite tout autant notre attention que d'autres, et qu'un praticien sérieux doit être capable de faire par lui-même ses appareils ou tout au moins de guider son mécanicien.

Magitot, dans sa pratique, telle qu'il nous la montre dans ses ouvrages, telle qu'il nous l'expliquait dans ses causeries à la Société de Stomatologie, cherchait plutôt à faire de la chirurgie des dents et méprisait presque, pour ne pas dire absolument, l'habileté manuelle et la connaissance des mille tours de main qui constituent le fond de notre profession. Il ne comprenait certainement pas qu'on pût consacrer des efforts considérables à ce jeu de patience, comme il l'appelait, qu'est l'aurification, à la bonne préparation d'une cavité, à une bonne obturation ou à un travail de prothèse compliqué. Tous ces travaux pratiques, qui pourtant rendent service au malade autant que le reste, ne l'attiraient pas, et leur étude ne venait dans sa pensée qu'en troisième ligne, bien loin derrière le diagnostic d'une affection. Comme si, pour le malade, la thérapeutique n'était pas ce qui lui rend réellement service, et ne devait pas être sur le même plan que le diagnostic !

Bien souvent ce fait nous avait choqué et nous ne pouvions comprendre ce que nous appellerons cette faiblesse, étant donné surtout que nul plus que Magitot n'a montré l'utilité des dents, leur rôle physiologique et n'a relevé l'art de ceux qui se consacrent à les soigner.

Nous pensons qu'il faut chercher dans l'époque à laquelle Magitot a exercé en pleine vigueur, la cause de ce mépris qu'il ne dissimulait presque pas, et qui serait inexplicable autrement de la part de ce cerveau si admirablement organisé, de cet esprit si net, si précis, ne se payant pas de mots et si ouvert aux idées de progrès sur d'autres questions.

Quand Magitot était dans toute son activité, entre 30 et 50 ans, c'est-à-dire entre 1860 et 1880 environ, il était reçu dans le monde médical et ailleurs qu'un dentiste était un homme qui avait pris une spécialité basse, au-dessous des autres, comme s'il y avait une différence, quant à la propreté, ou à tout autre point de vue, entre soigner les dents plutôt que d'autres organes. Il était parfaitement admis qu'un chirurgien qui se spécialisait dans le rectum ou dans les maladies des fosses nasales avait choisi une spécialité plus convenable que celle des dents ! Cette différence, qui tend de plus en plus à disparaître, nous l'avons sentie nous-même au début de nos études, et elle était absolument reconnue il y a 20 ou 30 ans. Aussi Magitot, savant distingué, anthropologiste remarquable, a-t-il dû longtemps en souffrir, et, au lieu de s'avouer dentiste, a-t-il cherché à s'occuper de préférence des maladies de la bouche et de ce qui pouvait dans l'art dentaire se rapprocher de la chirurgie, plutôt que de la dentisterie proprement dite.

C'est en tenant compte de ces considérations qu'on s'explique qu'il ait créé la stomatologie, telle qu'il la comprenait, c'est-à-dire l'étude plutôt théorique des affections de la bouche et des dents. La stomatologie était une religion dont il était le fondateur et le grand prêtre. Toute sa vie, avec la netteté de caractère qu'il apportait dans toutes les discussions, avec l'opiniâtreté qu'il a toujours montrée dans ses travaux, il s'est posé comme stomatologiste ; il n'a pas voulu être dentiste.

*
* *

Le rôle que Magitot a joué dans notre profession se déduit d'avance de ce que nous venons de dire. Magitot a toujours été aimable, ouvert, prêt à fournir tous les renseignements désirables et à donner aide et protection aux docteurs en médecine s'occupant des dents, et, par contre, jusqu'à sa dernière minute, il s'est montré intransigeant, fermé, intraitable, s'il s'agissait de frayer avec un dentiste non médecin.

Toute sa vie, il réclama le doctorat en médecine pour l'exercice de l'art dentaire, et nous devons reconnaître qu'il n'a jamais changé ; il vécut dans cette idée et n'admit jamais qu'on pût exercer l'art dentaire si l'on n'était docteur en médecine.

Dans ces dernières années la loi de 1892 vint enfin réglementer l'art dentaire et, en créant le diplôme de chirurgien-dentiste, qui nécessite des connaissances médicales, donner une situation régulière à tous ceux qui subirent les épreuves.

Il était à penser que Magitot s'inclinerait devant l'opinion du Gouvernement, devant la loi, et admettrait de frayer avec les nou-

veaux diplômés, munis en quelque sorte de leur titre civique. Il n'en fut rien. Alors que le Gouvernement reconnaissait de plus en plus les Ecoles dentaires, les déclarait d'utilité publique, leur donnait le droit de délivrer les inscriptions de scolarité, prenait parmi ses membres les examinateurs pour les épreuves nouvellement créées, Magitot affectait d'ignorer l'existence de tous ces laborieux qui s'étaient élevés eux-mêmes, de même que les grands seigneurs de l'ancien régime ne voulaient pas savoir qu'il existait un tiers état.

Cet entêtement systématique, nous l'avons souvent déploré, et combien d'autres avec nous ! Certes, nous sommes le premier à trouver nécessaire, pour être un dentiste complet, de posséder des connaissances médicales ; plus nous avançons dans la pratique et plus nous constatons l'utilité de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie que nous avons apprises ; au fur et à mesure que l'art dentaire marche, progresse, nous estimons de plus en plus qu'il y a nécessité absolue pour ceux qui se destinent à exercer cet art, à connaître les maladies générales, les diathèses, etc., qui seules nous donnent l'explication de lésions, d'affections intéressant les dents.

Le diplôme de docteur en médecine justifie de la possession de ces connaissances; aussi n'irons-nous pas dire qu'il est nuisible pour l'exercice de notre profession ; mais, d'autre part, nous nous refusons à admettre comme indispensable d'avoir passé par toute cette filière d'examens portant sur des matières si diverses et dont beaucoup sont absolument inutiles pour être un bon praticien.

L'anatomie de l'intestin, l'étude des muscles de la cuisse, des nerfs du pied, sont idéalement inutiles, au même titre que l'étude des accouchements et des affections chirurgicales n'intéressant pas la région des maxillaires, et il est préférable de connaître plus de prothèse, d'avoir fait plutôt usage de ses mains et d'avoir acquis l'adresse et la dextérité nécessaires à manier les instruments. C'est ce qu'a compris le Parlement en votant la création du nouveau diplôme et c'est là ce que Magitot n'a jamais voulu admettre.

Pour lui, hors de la stomatologie point de salut, et nous avons vu ce qu'il entendait par ce mot.

Il y a en France environ 2.000 dentistes, dont 60, 100 peut-être en cherchant bien, sont docteurs en médecine. Magitot n'a jamais voulu connaître que ces derniers ; quant aux 1.900 autres, qui rendent tous les jours tant de services à l'humanité, il leur refusait le droit à l'existence. Chaque fois qu'ils lui ont fait une avance, soit au sujet d'un congrès, soit dans toute autre circonstance, il a répondu par une fin de non-recevoir des plus nettes et n'a jamais voulu admettre de fusion.

*
* *

Il y avait cependant un terrain neutre où Magitot aurait pu se rencontrer avec ces opérateurs et ces mécaniciens. C'eût été sur le terrain de l'enseignement, et il aurait pu y jouer un rôle remar-

quable, en se mettant à la tête d'une école où tout le monde l'aurait admis sans restriction comme chef. C'était là une entreprise qu'il aurait pu facilement réaliser et qu'il a toujours refusé d'accepter. Tandis que les dentistes auraient appris aux jeunes gens la pratique courante, la dentisterie opératoire, la prothèse, Magitot aurait apporté à ces jeunes gens l'appui de sa parole savante, documentée, et leur aurait communiqué la science qu'il possédait.

Ce terrain d'union par le travail, et pour la formation des jeunes gens qui se destinaient à l'art dentaire, Magitot n'a pas voulu le connaître. Il aurait été le président d'une société de 2.000 membres, exerçant la même profession, qui tous l'auraient admis, respecté et admiré, et il laisserait parmi nous, parmi tous les dentistes français, médecins ou non, le souvenir d'un grand bienfaiteur de l'odontologie française, dont il aurait été le chef vénéré, quelque chose comme le souvenir laissé par Tomes en Angleterre.

Au lieu de ce beau rôle, Magitot a préféré se cantonner dans sa ligne de conduite systématique, et on ne lui doit aucune reconnaissance à ce point de vue. Toujours il s'est montré un ennemi déclaré de tout groupement, de tout effort, et depuis dix-sept ans que l'Ecole dentaire de Paris est fondée, il n'a jamais voulu y faire une visite même rapide, il n'a jamais voulu connaître son existence.

L'initiative de quelques-uns de ces mécaniciens-dentistes qu'il considérait si peu a fait plus pour le relèvement, pour le développement de notre art en France, que Magitot avec toute sa science et les hauts appuis dont il disposait. Aussi, depuis que notre Ecole existe, depuis que ce journal a vu le jour, la lutte n'a-t-elle pas cessé entre le chef de la stomatologie et ceux qui marchaient avec lui et ceux qui ont fondé les Ecoles dentaires, y ont consacré tant de temps, de persévérance et d'énergie, pour mener à bien le but qu'ils s'étaient proposé : l'union par la collaboration à l'enseignement.

Plus d'une fois, d'ailleurs, nous avons senti, ainsi que nombre de nos amis, la difficulté de faire partie des deux camps, et tandis que les stomatologistes nous reprochaient notre collaboration avec les Ecoles, les dentistes nous reprochaient de faire partie de la Société de Stomatologie.

Pour nous, nous ne voyons et n'avons jamais vu dans la Société de Stomatologie qu'un groupement scientifique et non politique ; nous sommes heureux d'avoir, grâce à elle, connu et apprécié Magitot et d'autres confrères de valeur.

Ceci n'exclut en rien la sympathie et le vif attachement que nous portons aux autres groupes professionnels, et en particulier à l'Ecole Dentaire de Paris, dont nous sommes heureux également de faire partie.

Aujourd'hui, le père de la stomatologie est mort ; le plus puissant des adversaires des Ecoles est disparu et une ère nouvelle commence, ère de fusion et d'apaisement.

Les dentistes comprennent de plus en plus l'importance des

connaissances médicales, ils acquièrent de jour en jour un bagage scientifique plus considérable et se tiennent au courant des progrès de la science. D'autre part, les docteurs en médecine qui se spécialisent dans l'art dentaire comprennent également l'importance de la pratique, et sont heureux de trouver les Ecoles pour l'acquérir.

Le temps s'écoule en les rapprochant les uns des autres, en nivelant d'une façon continue les différences qui les séparaient jadis.

Dans quelques années, le monde des dentistes français sera devenu homogène, et c'est vers cette fusion que doivent tendre tous les efforts de ceux qui marchent à la tête, à l'avant-garde de notre profession.

C'est là le but que nous désirons et qui est la devise de l'*Ecole Dentaire de Paris* : Union — Progrès.

Dr E. Sauvez,
Professeur suppléant à l'École Dentaire de Paris,
Dentiste adjoint des Hôpitaux,
Membre de la Société de Stomatologie.

BULLETIN MENSUEL.

L'IDENTITÉ DES CADAVRES ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES.

Dans l'épouvantable catastrophe du Bazar de la Charité qui a mis en deuil une partie de la population parisienne, on sait que certaines victimes étaient tellement défigurées par les flammes et tellement dépouillées de tout signe extérieur, qu'elles étaient absolument méconnaissables (et, de fait, quelques-unes n'ont pu être reconnues). A défaut de tout indice de nature à renseigner sur l'identité du mort, on a recouru à un moyen bien simple, infaillible celui-là, et qu'on peut s'étonner de ne pas voir employer plus souvent : on s'est livré à l'examen du système dentaire, et on a pu ainsi, en toute sécurité et avec une exactitude parfaite, lever tous les doutes qui subsistaient au sujet des corps soumis à cette inspection.

Ce moyen n'est pas nouveau ; il a déjà été employé antérieurement dans quelques circonstances, notamment lors du retour du Zoulouland des restes du fils de Napoléon III, puis pour le commandant Rivière, dans le procès Ménétret et plus récemment pour le marquis de Morès; mais jamais il n'en avait été fait usage dans une aussi large mesure que lors du terrible événement que nous venons de relater. C'est ainsi qu'il était complètement impossible — pour ne citer que le cas le plus frappant — de reconnaître le corps totalement carbonisé de la duchesse d'Alençon, et que son identité n'a pu être établie d'une façon irréfutable que par l'attestation, après examen comparé avec le schéma, des soins de bouche donnés à la malheureuse victime par notre distingué confrère M. J. Davenport. D'autres praticiens ont également été appelés pour des constatations sur plusieurs autres victimes.

Il y a là pour le chirurgien-dentiste un rôle bien utile à jouer, et que lui seul est apte à remplir. Ce rôle est nettement mis en lumière dans un article de M. H. Thompson, de Topeka, publié par le *Dental Cosmos* de mars dernier (p. 227). Jusque-là, il est vrai, on ne faisait point appel à la compétence particulière du dentiste en cette matière, peut-être parce qu'il ne possédait pas, à l'égal des docteurs en médecine, pharmaciens, etc., de diplôme officiel pouvant lui permettre d'être chargé *d'expertises*. Il ne s'agit pas là, en effet, d'autre chose que d'expertises. On peut concevoir qu'en l'absence de titre légal, les autorités constituées aient hésité antérieurement à confier le soin d'opérations de cette nature aux praticiens de notre profession, si honorables et si réputés fussent-ils. Mais aujourd'hui cette hésitation et cette abstention ne sauraient plus s'expliquer, puisqu'un titre régulier, conféré après des examens dûment subis, assure au chirurgien-dentiste sa place toute marquée dans la grande famille médicale. Il n'y a donc aucune raison pour qu'il ne soit pas appelé par les tribunaux, par les magistrats, par la police même, à titre d'expert légal et juré, quand son ministère sera utile, alors que nous voyons fréquemment les autorités charger de missions de ce genre, des gens dépourvus de tout titre officiel, mais que leur notoriété seule ou leur compétence reconnue désignent à leur choix.

Et de fait la chose vient d'avoir lieu cette fois; il s'agit simplement qu'elle soit sanctionnée par l'usage. Pour cela, il faut la demander aux autorités compétentes.

Rappelons qu'un vœu dans ce sens fut émis par la Société d'Odontologie de Paris, dans sa séance du 7 juin 1887, à la suite d'une communication sur ce sujet due au Directeur actuel de ce journal, M. Godon, peu de temps après l'incendie de l'Opéra-Comique [1]. Dans cette communication l'auteur signalait notamment le fait qu'une de ses patientes avait été massacrée en 1885 par les Indiens dans l'Amérique du Sud et que son crâne ne fut reconnu que grâce à la présence de dents aurifiées et d'un appareil prothétique.

Ce vœu était ainsi formulé :

« Que, dans les cas où tous les signes extérieurs permettant de reconnaître un cadavre ont disparu, il soit procédé à l'examen des dents. Pour cela, un dentiste devra être chargé de dresser un schéma exact de l'état du système dentaire, portant toutes les restaurations partielles ou totales qui lui auraient été faites (obturations, aurifications, dents artificielles, etc.), ou indiquant uniquement les dents absentes, ou simplement les particularités quelconques qu'elles présentent. »

Nous croyons qu'il importe de renouveler ce vœu, qui ne saurait demeurer platonique comme la première fois, parce qu'il y a dix ans notre profession n'était pas réglementée et que la Faculté de médecine ne nous conférait pas encore le titre que nous possédons maintenant.

---

1. *De la reconstitution de l'identité des cadavres par l'examen du système dentaire* (*Odontologie*, 1887, p. 269).

Le cas échéant, nous ne manquerons pas de faire connaître notre désir à ce sujet à qui de droit, avec quelque espoir et quelque chance d'être écoutés dans ce cas, nous l'espérons du moins.

G. VIAU.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LA DENT DE SIX ANS ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'IVOIRE. DES RÈGLES A SUIVRE POUR LA CONSERVATION OU L'EXTRACTION DE CETTE DENT.

Par M. Louis RICHARD-CHAUVIN,

Professeur à l'École Dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 6 *avril* 1897.

La dent de six ans, aussi bien à la mâchoire supérieure qu'à l'inférieure, est la plus volumineuse de la série. Par sa position dans l'arcade, elle occupe le point d'élection qui supporte les efforts les plus considérables de la mastication. Aussi est-elle volumineuse, non seulement par sa couronne, mais aussi par ses racines, qui sont disposées de telle façon qu'elles lui assurent une implantation et une rétention dont l'équivalence n'existe pas pour les autres dents.

Les caractères qui différencient les premières grosses molaires supérieures et inférieures des autres molaires démontrent que ces dernières peuvent suppléer, mais non remplacer entièrement la dent de six ans. Dès lors, comment admettre avec quelques-uns qu'un organe aussi important pour la mastication soit frappé de déchéance par le manque de coordination de ses éléments constitutifs ?

Parmi les auteurs qui ont écrit sur le sujet il en est qui conseillent l'extraction dès que la dent est atteinte de carie; d'autres la sacrifient volontiers, même saine, de préférence à la première ou à la deuxième petite molaire, pour obvier aux inconvénients des anomalies de placement.

Les partisans de l'extraction justifient leur opinion par les raisons suivantes :

L'identité d'origine de la dent de six ans avec les dents de lait en fait une dent caduque au point de vue anatomique;

La fréquence et la gravité des altérations dont elle est le siège, expliquées par sa tare originelle, légitiment l'extraction, dont les conséquences heureuses sont :

Une plus grande facilité pour la régularisation des arcades dentaires ;

La prophylaxie des accidents de la dent de sagesse.

La statistique, d'accord avec les observations classiques de la grande majorité des praticiens, accuse une énorme proportion de dents de six ans atteintes par la carie, 75 à 80 0/0. Il y a là évidemment un fait important, qui semble donner raison aux auteurs qui se sont nettement prononcés pour l'avulsion de la première grosse molaire.

Cependant, la conservation de cet organe est défendue par un certain nombre de praticiens. Leurs raisons, moins frappantes que celles de leurs adversaires, peuvent se résumer ainsi :

Grâce aux progrès réalisés en chirurgie dentaire toutes les dents sont justiciables du traitement conservateur ;

Pour ce fait, il est inutile de diminuer la surface de mastication ;

Ce n'est pas à l'avulsion qu'il faut demander la régularisation des arcades dentaires, mais aux appareils extenseurs.

Ce dernier argument seul est d'une très grande valeur : l'extraction de la dent de six ans provoque le rétrécissement des arcades ; les appareils extenseurs, en augmentant les diamètres, donnent la place nécessaire pour la régularisation. L'extraction ne se justifie donc plus en vue du redressement. Les autres raisons sont quelque peu banales; si, d'après la thèse soutenue par les partisans de l'extraction et tacitement acceptée par les conservateurs, la dent de six ans est frappée de caducité de par son origine, elle est vouée à la carie et fatalement à l'extraction. Le traitement conservateur et la nécessité d'une surface plus grande pour la mastication ne sauraient justifier la présence de débris ou de racines facilement altérables. L'extraction fatale ne pourra être retardée que pour des raisons d'opportunité. Pour justifier la théorie conservatrice, il faut prouver que le vice originel n'existe pas.

De la lecture des ouvrages ayant trait à la question nous avons dégagé un fait: l'exclusivisme des auteurs. D'un côté les partisans de l'extraction quand même, de l'autre les conservateurs à outrance. Certains qui se sont contentés de commenter toutes les opinions, en se tenant à égale distance des unes et des autres, n'ont pas indiqué de ligne de conduite précise.

Pour nous, il est hors de doute que l'extraction ne doit pas être invariablement pratiquée, non plus que la conservation ; la conduite à tenir doit résulter de l'état de la dent. On peut poser en principe qu'il y a lieu d'agir en conservateur toutes les fois que la dent est saine ou atteinte d'une carie peu avancée, et aussi que cette règle ne souffre pas d'exception ; qu'au contraire l'extraction doit être pratiquée toutes les fois que la dent est atteinte d'une carie nécessitant la destruction de la pulpe, réserves faites au sujet de l'opportunité de l'opération.

Si cette opinion prévaut, la pratique sera singulièrement simplifiée à l'égard de la dent de six ans. C'est cette simplification que nous cherchons.

Il nous reste à fournir les arguments qui doivent étayer nos opi-

nions. Pour cela nous allons entrer dans des détails, qui ne viendront peut-être pas très à propos en séance de la Société d'Odontologie ; mais il nous a semblé indispensable d'établir :

Que la dent de six ans est le principal organe de la mastication;

Qu'aucune loi physiologique, aucune tare anatomique ne la frappent de déchéance d'une façon absolue;

Qu'elle est un puissant agent de développement des maxillaires;

Qu'en certains cas, cependant, ses moyens de nutrition lui faisant défaut, elle est, plus que les autres dents, exposée à la désagrégation.

Avant d'arriver à nos conclusions, nous allons donc développer aussi succinctement qu'il est possible les particularités qui précèdent, dans l'ordre suivant :

Anatomie descriptive; caractères différentiels entre les premières grosses molaires et les deuxièmes. — Physiologie : la genèse de la dent; la pulpe et le développement de l'ivoire. — Aperçu chronologique. — Quelques considérations sur le développement des maxillaires. — Causes spéciales de prédisposition des molaires de six ans à la carie.

Etant donné que notre communication s'appuie sur des points d'anatomie, de physiologie, de développement très connus, nous entrerons seulement dans les détails indispensables pour appuyer nos conclusions. Comme nous n'avons pas l'intention de revenir sur ce sujet, nous ajouterons à ce travail quelques déductions pratiques, tant au point de vue de l'extraction de la dent supérieure qu'à celui du traitement et de la recherche des canaux pour la supérieure et l'inférieure, ces déductions étant basées sur la forme extérieure et intérieure de la dent de six ans en haut et en bas.

I. — Anatomie descriptive.

Caractères différentiels de la première grosse molaire supérieure et de la deuxième.

La couronne de la première grosse molaire est cuboïde, large, plus volumineuse que celle de la deuxième. Elle porte toujours quatre cuspides, exceptionnellement cinq; dans ce dernier cas, trois sont extérieures. Deux sillons profonds partagent la face triturante en quatre cuspides à peu près égales ; les antérieures sont cependant plus grosses que les postérieures. Le sillon qui sépare les deux cuspides internes se prolonge sur la racine palatine. Les racines sont plus longues, plus grosses, plus divergentes que celles des autres molaires ; la racine palatine décrit une courbe accentuée dont la convexité palatine atteint son maximum vers sa partie médiane.

La deuxième molaire supérieure est moins volumineuse. La couronne porte trois cuspides, deux externes, une interne ; celle-ci,

très arrondie, saillante à sa partie antérieure, est beaucoup plus effacée vers la face postérieure, de telle sorte qu'au lieu d'avoir, comme la première grosse molaire, la forme d'un cube presque régulier et, par conséquent, l'aspect d'un carré sur la face triturante, elle représente plus exactement un triangle dont la base est limitée par les extrémités des deux cuspides externes, le sommet tronqué et arrondi par la partie saillante de la cuspide palatine. Les racines sont moins divergentes, moins volumineuses; la racine palatine n'est pas sillonnée, sa base est plus étroite. Il est à remarquer que, soit par leurs extrémités, les racines externes (et plus particulièrement la postérieure), soit par leur convexité (racine palatine), les racines de la première grosse molaire supérieure débordent les parties saillantes de la couronne. En considérant l'extrémité des racines comme la base de l'organe, et la partie inférieure de la couronne comme le sommet, on pourrait dire que la base limite une superficie légèrement supérieure à celle du sommet. Cette disposition peut se retrouver aussi pour les dents du bas, alors que les racines des deuxièmes molaires, soit supérieures, soit inférieures, semblent, au contraire, offrir un commencement de tendance à la réunion, marquant la transition entre la première molaire et la dent de sagesse.

Ces différences de volume sont tout aussi notables entre la première et la deuxième grosse molaire inférieure. Elles portent également sur la couronne et sur les racines. La première grosse molaire est munie de cinq cuspides ; la deuxième de quatre seulement ; les racines de la première sont très volumineuses et divergentes ; celles de la deuxième sont souvent accolées, exceptionnellement soudées l'une à l'autre. Cette exception est la règle pour la dent de sagesse. On voit qu'il y a des différences considérables entre les premières et deuxièmes molaires inférieures et supérieures, tant au point de vue du volume total qu'à ceux de l'étendue de la surface de trituration, de la solidité d'implantation et de contention.

Le rôle physiologique de la dent de six ans ressort clairement de ces différences. Elle est nettement faite pour supporter les efforts considérables de la mastication, avec la deuxième molaire et la dent de sagesse, lorsqu'elle existe ; comme importantes ressources adjuvantes, les deux dernières molaires peuvent suppléer la première ; mais, quand celle-ci est absente, elles ne sauraient la remplacer complètement.

II. — Physiologie.

A. — Genèse de la dent.

Le bourrelet épithélial, organe qui donne naissance directement à toutes les dents de la première série et à la dent de six ans, se compose de cellules polyédriques par pression réciproque, qui présentent sur leurs bords la disposition dentelée des cellules de l'épi-

derme. Cette masse est recouverte par une rangée de cellules prismatiques qui dérivent de la couche de Malpighi.

C'est vers le milieu de la face interne concave du bourrelet qu'apparaît la lame épithéliale, constituée comme le bourrelet, mais avec des cellules polygonales plus petites. Un léger renflement, qui se produit à l'extrémité de la lame épithéliale, représente le bourgeon primitif, de forme sphérique d'abord, cylindrique ensuite. Le bourgeon prend une direction verticale, et plonge ainsi dans la profondeur du tissu embryonnaire qui représente la mâchoire. Il devient le cordon primitif, et son extrémité, se renflant en forme de massue, devient l'organe de l'émail.

Nous ne voulons pas entrer dans le détail du travail qui se produit au sein du follicule clos. Le bulbe est venu à la rencontre de l'organe de l'émail, l'a déprimé en son centre; le sac s'est développé sous forme de deux prolongements, a provoqué la rupture du cordon. Déjà, dans le sein de l'organe de l'émail, les cellules polyédriques, sous l'influence de la pression produite par une matière semi-liquide, ont pris la forme étoilée. Le follicule de la dent de lait est en plein travail et a perdu ses connexions avec la lame épithéliale, avec le bourrelet.

Avant la clôture de son follicule, le cordon de la dent temporaire a, par un diverticulum, formé le cordon de la dent permanente, qui évolue désormais en rapport direct avec le bourrelet, avec la lame. Il n'y a plus aucun rapport entre ce qui va se passer dans le follicule clos et les éléments formateurs. Quels changements se sont donc opérés dans ces éléments formateurs, qui puissent faire supposer que l'origine des dents caduques n'est pas la même que celle des dents permanentes? Aucun absolument. Le cordon de la dent permanente se développe de la même façon que celui de la dent de lait, donnant naissance à l'organe de l'émail. Il est directement en rapport avec les mêmes organes, lame et bourrelet, formés des mêmes cellules, dont aucune n'a changé ni de forme ni de volume. A ce moment, si l'on reprenait la description des organes formateurs et de leurs éléments, à propos de la formation de la dent permanente, on ne trouverait pas un mot à modifier à ce qui a été dit à propos de la dent de lait. Les changements anatomiques qui résultent du travail du follicule pour la dent de lait se répètent avec une scrupuleuse exactitude en ce qui concerne la dent permanente. Rien donc n'autorise à dire qu'il y a une différence quelconque entre les dents caduques, les dents permanentes, la dent de six ans, quant au lieu d'origine ou au mode de genèse. Pour les deux séries, les éléments sont identiquement les mêmes et suivent exactement la même marche dans leurs transformations successives.

La différence existant entre les dents de la première et de la deuxième série est purement physique et physiologique, et non histologique; les dents de lait sont plus petites et ont une durée et des fonctions limitées: ce sont des organes de transition. Les dents permanentes sont des organes de mastication appropriés aux be-

soins et à l'âge des sujets. Les dents des deux séries possèdent des pulpes, l'ivoire se forme de la même façon dans les unes et les autres. La dent de lait ne peut acquérir une densité égale à celle d'une dent permanente, tout simplement parce que sa durée est plus limitée; mais sa pulpe peut faire de la dentine secondaire — les exemples n'en sont pas rares — comme celle d'une dent permanente.

Il n'y a donc pas, à notre avis, de tare originelle pour la dent de six ans; elle ne peut être assimilée aux dents de la première dentition, car elle possède, au premier chef, les caractères physiques et physiologiques qui différencient les dents adultes des dents transitoires, et nous espérons avoir prouvé que les différences histologiques n'existent pas.

Il nous paraît résulter nettement de ces faits que ce n'est pas pour cause d'identité d'origine avec la dent de lait, de tare constitutive par conséquent, que l'extraction de la dent de six ans se justifie.

B. — La pulpe et le développement de l'ivoire.

La pulpe est l'organe de formation de l'ivoire enfermé au centre des parties dures de la dent. Elle présente exactement la forme de celle-ci ; c'est le moule sur lequel l'ivoire vient s'adapter exactement. La pulpe est constituée par une masse et une partie superficielle, contenant chacune des organes distincts. La masse se compose d'une matière amorphe, transparente et homogène, au sein de laquelle se trouvent des noyaux embryoplastiques et des corps fusiformes. Elle reçoit les filets vasculaires et nerveux, mais ne contient pas, comme le bulbe du fœtus, les cristaux d'hématoïdine, sorte de coagula, dont la formation, ainsi que celle des noyaux calcaires, résulte de l'intensité vitale qui caractérise la période de début de la dentification. La partie superficielle se compose, du centre à la périphérie, du substratum ou réseau étoilé, des cellules de l'ivoire et de la matière amorphe, transparente sans granulation, au sein de laquelle sont disposés les éléments sous-jacents qu'elle déborde.

Bien que nous soyons désireux d'indiquer d'une façon très sommaire les particularités de la genèse et de l'histologie de l'organe dentaire, nous sommes obligé d'insister sur la formation des cellules odontoblastes et leur rôle histologico-physiologique.

Le premier phénomène qui se produit dans la formation des cellules de l'ivoire est l'apparition des noyaux qui naissent au sein de la substance amorphe, disposés sur une même rangée. Peu après leur contenu devient légèrement granuleux, en même temps qu'il se produit dans leur intérieur un ou deux nucléoles très brillants. Autour de ce noyau viennent se grouper les éléments qui doivent constituer la cellule et qui se déposent en quantité plus grande vers l'extrémité périphérique du noyau, de sorte que celui-ci occupe l'extrémité centrale de la cellule. L'extrémité périphérique

se continue en s'amincissant de manière à former le prolongement caudal destiné à devenir le centre de formation des éléments de l'ivoire. Le processus de formation du prolongement s'effectue par simple prolifération des éléments mêmes du corps de la cellule. Il se présente sous forme d'une légère saillie conique qui, par progression de la matière amorphe, s'allonge aussitôt que se produisent les premiers rudiments du chapeau de dentine. A ce moment le bulbe est le siège d'une suractivité circulatoire, d'une intensité vitale qui se traduisent par la présence dans son sein d'une surabondance de matériaux calcaires et aussi de grains d'hématoïdine, produits de la congestion vasculaire.

Les matériaux calcaires subissent une élaboration particulière de la part des cellules de l'ivoire. Cette élaboration donne naissance à une matière homogène, transparente, qui se dépose, molécule à molécule, *autour du prolongement périphérique. Les cellules de l'ivoire ne subissent aucune modification*, ce qui s'explique par ce fait, que leur fonction physiologique étant de produire de la dentine pendant tout le cours de la vie, elles doivent, pour l'accomplir, rester constamment identiques à elles-mêmes. La pulpe, par suite des progrès de la calcification, voit son volume se réduire considérablement; les queues des odontoblastes, qui forment les troncs fibrillaires desquels partent des filaments secondaires qui s'anastomosent à d'autres filaments ou à d'autres troncs principaux, participent à cette réduction de volume, puisque c'est autour d'eux que se produit l'ivoire. Il n'est pas douteux, en effet, que la calcification continue qui se produit dans la dent a pour effet d'augmenter la densité de l'ivoire, en même temps que de diminuer progressivement l'étendue de la cavité pulpaire.

Il suffit, pour se convaincre de ce fait, d'observer ce qui se passe dans l'ivoire à la suite d'une irritation tant soit peu continue de la pulpe ; on voit se former ce qu'on a appelé « la dentine secondaire », qui n'est, somme toute, que l'extension d'un phénomène physiologique.

III. — Aperçus chronologiques.

Le chapeau de dentine des molaires de lait apparaît vers la 18e semaine de la vie fœtale, l'éruption a lieu du 25e au 30e mois. A leur apparition, il y a donc environ deux années et demie que les phénomènes de dentification ont commencé. Ce sont des dents formées de tissu dentinaire d'une grande pénétrabilité.

L'émail protège ce tissu, mais le point de pénétration le moins étendu est suffisant pour que la dentine soit attaquée. La désagrégation se fait alors avec une extrême rapidité là où les soins hygiéniques font défaut. Tout au contraire, chez les enfants bien dirigés, ces dents atteignent fréquemment l'époque de leur chute sans altérations notables. On peut même observer des caries de sillons devenues dures, preuve non équivoque d'une surproduction dentinaire, comme il s'en produit dans les dents permanentes. Ce

fait est important, et nous le rappellerons dans nos conclusions. Les causes les plus notables des caries pour les molaires de lait sont : 1° la faible densité du tissu de l'ivoire ; 2° l'hygiène déplorable observée pour la bouche des enfants.

Le chapeau de dentine pour la première grosse molaire permanente apparaît vers la 25e semaine de la vie fœtale. Au moment de la naissance, sa hauteur est d'environ 1 *mil.* 1/2 ; la dent est donc au début de son organisation dentinaire. Cette organisation se continue par le jeu régulier de la nutrition, et, à l'époque de l'éruption, qui a lieu vers 6 ans, c'est exactement ce temps qui a été employé au profit de la coordination de ses éléments. C'est plus que pour les molaires de lait, mais c'est encore insuffisant pour résister à tous les agents de décomposition, si actifs au jeune âge, où les échanges sont considérables. Les deuxièmes molaires résistent beaucoup mieux ; cela tient principalement à la densité plus grande de leur tissu dentinaire au moment de leur apparition. La chronologie nous fournit l'explication de ce fait : la nutrition dentinaire débute, avec l'apparition du chapeau de dentine, la 3e année après la naissance. L'éruption ayant lieu vers 12 ans, l'organisation de la dentine a donc neuf années, dans la deuxième grosse molaire, au moment de son éruption.

Si l'on voulait exprimer par des chiffres la différence de texture des deux dents (première et deuxième grosse molaire) au moment de leur sortie respective, on pourrait dire que la densité de l'ivoire de la dent de 12 ans est à celle de la dent de 6 ans comme 9 est à 6.

Les conséquences histologico-physiologiques se dégagent nettement, selon nous, de l'étude qui précède. Nous en concluons :

Que l'ivoire est d'autant plus accessible aux atteintes des décompositions, que sa densité est plus faible au moment de l'éruption de la dent ;

Que la densité relative de chaque dent, au moment de son éruption, est en raison directe du temps écoulé depuis le début de la dentification jusqu'à la sortie ;

Que la densité de l'ivoire et le degré de résistance des dents sont, d'une façon générale, proportionnelles à l'âge du sujet ;

Que la nutrition dentinaire se comporte pour les dents permanentes, y compris les dents de 6 ans, de la même façon que pour les dents temporaires.

Si ces déductions sont exactes, nous pouvons dégager théoriquement la prédisposition des dents à la carie, et nous devons nous trouver d'accord avec les observations cliniques, en notant par ordre de fréquence : 1° les molaires de lait ; 2° les dents de 6 ans ; 3° les dents de 12 ans.

Nous nous limitons à ces exemples comparatifs ; ils sont suffisants pour appuyer nos conclusions sans que nous ayons besoin de parler des autres dents. Nous avons choisi à dessein la molaire de lait, la dent de 6 ans et la dent de 12 ans, pour faire nettement ressortir ce côté de la question, la différence des prédispositions à la

carie se déduisant par la différence des densités. Nous avons également tenu à prouver que la dent de lait possède les mêmes éléments de nutrition que la dent permanente.

Pour appuyer cette dernière affirmation d'un fait pratique, nous vous demandons la permission de vous citer un cas bien typique : Mme X.., 42 ans, possède deux canines temporaires ; les permanentes ne sont pas sorties. Ces deux dents sont atteintes de caries du collet, assez profondes, qu'elle désire faire obturer. Les dents sont encore sensibles. Pas d'autres traces de caries. En revanche nous observons une formation de dentine secondaire aussi dure et aussi polie que celles que l'on observe sur les dents permanentes. Nous pourrions citer plusieurs cas absolument analogues; nous le jugeons inutile, convaincu que nos confrères en ont remarqué autant que nous dans leur pratique.

Le développement des maxillaires et la dent de six ans.

Le développement des maxillaires est sous la dépendance de la formation des dents. En hauteur, le maxillaire grandit au fur et à mesure que la dent se développe et commence son mouvement d'éruption. La gouttière osseuse s'est formée alors qu'il était nécessaire que les follicules fussent soutenus, les travées latérales les ont isolés les uns des autres. L'allongement des mâchoires d'avant en arrière, l'accroissement en avant de la partie antérieure, tous les phénomènes de développement, en un mot, ne commencent que sous l'influence de la poussée des dents.

Il nous paraît inutile d'entrer dans des détails trop minutieux et trop étendus sur le processus d'extension des maxillaires ; nous n'avons emprunté aux classiques les données techniques dont nous nous sommes servi, que pour en arriver à nos fins ; il nous suffira donc d'appuyer sur les points principaux qui nous intéressent particulièrement. Le processus d'accroissement pour la partie antérieure des maxillaires se produit sous l'influence de la poussée des dents de la première série, par extension d'abord, résorption ensuite de la partie externe du bord alvéolaire, puis reconstitution autour des dents de la partie résorbée. Sous l'influence de la poussée des dents de la deuxième série, et, avant le début de la résorption du bord alvéolaire externe, on peut voir le maxillaire se développer à sa partie antérieure, de telle façon que les dents temporaires ne se touchent plus par leurs parties latérales. Après leur chute, le processus de résorption et de reconstitution que nous avons signalé pour les dents de lait, se répète pour les dents permanentes. Supposons que, pour des motifs quelconques, des dents temporaires aient été extraites avant le mouvement d'évolution des dents permanentes ; les alvéoles des dents enlevées n'ayant plus de fonctions se résorbent, il y a rétrécissement sur ce point, de sorte que le processus d'accroissement débute sur une partie moins étendue. Conséquences de ces troubles de développement : manque de place pour les dents qui vont sortir ; irrégularités.

La poussée de la première molaire permanente provoque l'extension des maxillaires d'avant en arrière. Elle marque le point où se produit, avec le nouveau tissu, un changement notable dans les rapports de la branche montante ou de la tubérosité et des dents. Le recul de la branche montante en bas, de la tubérosité en haut, s'accentue avec la poussée des molaires suivantes; de plus, l'accroissement d'avant en arrière a lieu suivant une ligne oblique externe, de telle sorte que l'extraction de la dent de six ans, pendant la période d'accroissement des maxillaires, peut avoir pour résultat le raccourcissement et le rétrécissement des arcades.

On peut donc affirmer que l'extraction prématurée d'une dent temporaire, quelle qu'elle soit, en provoquant une résorption locale alvéolaire, apporte des troubles plus ou moins étendus dans le développement osseux, lesquels troubles sont en relation proportionnelle avec l'étendue de la surface résorbée.

Pour la dent de six ans on obtiendra par conséquent le maximum de désordres que peut provoquer l'extraction d'une seule dent. Si l'avulsion de la première grosse molaire exécutée en vue de régulariser les dents antérieures donne le résultat attendu, c'est fatalement aux dépens de l'étendue des arcades.

M. F. Jean [1] s'élève avec raison contre le sacrifice de la première grosse molaire en vue de la régularisation des dents. Les appareils extenseurs, selon lui, sont indiqués non seulement pour régulariser, mais même pour desserrer les dents, comme moyen prophylactique de la carie interstitielle. Cette méthode nous paraît d'autant plus rationnelle que, dans la grande majorité des cas, c'est à l'extraction prématurée des dents de lait que l'on est redevable du resserrement des arcades et du chevauchement des dents. Recourir thérapeutiquement au moyen qui a provoqué la lésion nous semble aussi illogique qu'à notre distingué confrère.

De l'exposé qui précède, nous concluons :

Que l'extraction de la dent de six ans ne saurait se justifier par la nécessité d'obvier aux inconvénients des anomalies de placement ;

Que les désordres occasionnés dans les arcades par l'avulsion d'une dent, au moment du développement des maxillaires, sont plus graves si l'opération a porté sur la première grosse molaire, étant donné son volume ;

Que, s'il est important de conserver les dents de lait jusqu'à l'époque normale de leur chute, il est non moins important de conserver la dent de six ans jusqu'à une époque aussi voisine qu'il est possible du développement complet des maxillaires, et cela même dans l'hypothèse où l'extraction est nettement indiquée.

IV. — Causes spéciales de prédisposition des dents de six ans a la carie.

La première des causes importantes qui prédisposent la première molaire à la carie réside dans la profondeur des sillons in-

1. *Odontologie*, de juin 1893.

tercuspidaires et dans la solution de continuité que présente l'émail au fond de ces sillons. Là est le point de pénétration qui explique la fréquence des caries de la dent de six ans. Il est remarquable, en effet, qu'au jeune âge, les caries de la face triturante, ayant pour point de départ les sillons intercuspidaires, sont beaucoup plus fréquentes que les caries interstitielles, et cela contre toute logique apparente, les interstices étant par excellence le lieu d'élection des altérations dentaires. Par la suite, les proportions sont renversées, la face triturante résiste et les caries de sillons de la première molaire, à l'âge adulte, sont aussi dures que celles des autres molaires. Tous ces faits s'expliquent : le point de pénétration n'existe pas d'emblée interstitiellement, la carie doit le créer. Or, depuis longtemps, nos observations journalières nous ont amené à conclure que les tissus dentaires n'ayant pas tous la même origine, les agents de désorganisation de la dentine et du cément ne sont pas les mêmes que ceux de l'émail. Nous cherchons encore la preuve scientifique d'un fait qui personnellement nous paraît prouvé par notre clinique, à savoir que la carie de l'émail résulte de l'action d'un microbe spécial qui ne serait autre que le leptothrix buccalis.

Le processus de la carie de l'émail est d'une extrême lenteur, celui de la carie dentinaire et cémentaire est beaucoup plus rapide. Entre le début d'une altération adamantine, même interstitielle, et la formation d'un point de pénétration, laissant la dentine exposée, plusieurs années peuvent s'écouler ; c'est seulement à partir de ce moment que les choses marchent avec une rapidité inversement proportionnelle au degré de densité de l'ivoire.

En second lieu, une cause importante de prédisposition est, nous l'avons dit, la faible densité du tissu éburnéen de la dent de six ans, au moment de son éruption. Ce tissu n'offre, en effet, aucune résistance sérieuse aux altérations. La désagrégation à peine commencée marche avec une telle rapidité au jeune âge, que l'on observe très fréquemment des caries dont l'importance est hors de toute proportion avec l'étendue du point de pénétration.

Enfin la dent de six ans est le témoin de toutes les maladies du fœtus et de l'enfant [1]. Nous dirons, toutefois, que cette particularité existe également pour les dents antérieures, sans que celles-ci offrent de ce chef de très grandes prédispositions à la carie. Cette cause, à notre avis, ne peut être retenue que dans les cas d'anomalies de structure. Seuls, les deux premiers facteurs sont importants. Si nous ajoutons à ces causes prédisposantes le manque absolu et presque général de l'hygiène la plus élémentaire, il nous sera facile de nous expliquer les formidables chiffres que nous fournit la statistique à cet égard.

Pour que la désagrégation de l'ivoire se produise, il est nécessaire que des combinaisons chimiques, des décompositions organiques entrent en jeu ; l'espace concave circonscrit par le bord libre

1. Frey. *Monographie de la dent de six ans*, p. 78.

de la couronne est le lieu d'élection de tous les déchets décomposables, provenant des débris alimentaires, des cellules de l'épithélium mortifiées, liés en un magma plus ou moins épais. L'acidité intra-buccale qui existe pendant le remplacement des dents de lait [1] augmente encore la nocivité de ces produits qui constituent alors les agents actifs de la carie.

Nous retenons d'une part les causes passives : prédispositions; d'autre part les causes actives : décompositions organiques, combinaisons chimiques.

Les prédispositions s'atténuent d'elles-mêmes, avec les progrès de l'âge, par l'augmentation de la densité de l'ivoire et par l'usure cuspidaire qui diminue la profondeur des sillons ; les causes actives peuvent être écartées.

De l'exposé qui précède il résulte :

Que la dent de six ans présente, au moment de son éruption et pendant l'enfance, des conditions d'infériorité telles que, cet état persistant, elle n'offrirait aucune résistance sérieuse à la carie et deviendrait impropre à l'accomplissement de ses importantes fonctions physiologiques ;

Mais que la pulpe, par son fonctionnement normal ou intensif, atténue et supprime ces conditions défectueuses; que s'il est légitime de supprimer, dans l'enfance, la dent de six ans atteinte de carie intéressant la pulpe, il est rigoureusement indiqué de s'opposer à l'envahissement de la carie, au moyen des ressources que l'hygiène moderne met à notre disposition.

Reprenant les déductions que nous avons formulées à la fin de chacun de nos chapitres, nous concluons :

La dent de six ans est, par son volume et ses moyens d'implantation, la plus importante de toutes les dents au point de vue de la mastication. Cette raison impose la nécessité de sa conservation. L'extraction ne se justifie pas par :

1° Une tare constitutive résultant d'une identité d'origine avec la dent de lait;

2° Des conditions permanentes de défectuosités de ses tissus ;

3° La nécessité d'obvier aux inconvénients des anomalies de disposition des dents;

4° La fréquence des altérations dont elle est le siège, lorsque celles-ci ne dépassent pas le second degré.

Elle est légitime, au contraire :

Lorsque les moyens de réparation lui sont enlevés dans l'enfance par la destruction pulpaire.

L'hygiène peut et doit réduire considérablement le nombre de ces cas.

L'extraction, même indiquée, reste encore soumise à des raisons d'opportunité.

Et nous résumons ainsi ces conclusions :

La conservation de la dent de six ans est formellement indiquée.

---

1. Frey. *Monographie de la dent de six ans*, p. 78.

L'extraction s'impose dans le seul cas où elle est atteinte de carie intéressant la pulpe.

Les ressources de la thérapeutique conservatrice doivent être employées pour ajourner l'extraction, devenue nécessaire, jusqu'à une époque aussi voisine qu'il est possible de l'entier développement des maxillaires[1].

BIBLIOGRAPHIE

Dr Andrieu. — *Monographie de la dent de six ans.*
Magitot. — Dent : *Dictionnaire encyclopédique.*
Tomes. — *Traité d'anatomie dentaire.*
Debierre et Pravaz. — *Archives de physiologie*, 1886.
Dr Frey. — *Monographie de la dent de six ans.*
P. Dubois. — *Thérapeutique de la carie dentaire*
Frey et Sauvez. — *Des moyens de résistance de la dent contre la carie.*
F. Jean. — *Odontologie*, juin 1893 : *Traitement prophylactique de la carie interstitielle par l'expansion des arcades dentaires.*

L'EUCAÏNE EN CHIRURGIE DENTAIRE.

Par M. F. Touchard,
Professeur suppléant à l'Ecole Dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. — Séance du 6 avril 1897

Depuis quelque temps la chirurgie paraît s'être enrichie d'un nouvel anesthésique local, l'eucaïne, qui semble pouvoir remplacer la cocaïne et rendre des services en chirurgie dentaire.

Nous nous sommes procuré ce nouvel anesthésique sur les indications de notre confrère Billebault et nous l'avons expérimenté à la Clinique de l'Ecole Dentaire, non sans avoir, au préalable, consulté sur son degré de toxicité le professeur Reclus, qui, le premier en France, l'a employé en chirurgie. Nous venons ici faire connaître le résultat de notre expérimentation et, avant d'aborder cette partie de notre communication, nous allons exposer brièvement ce qu'est l'eucaïne et les résultats qu'elle a fournis comme anesthésique en chirurgie.

L'eucaïne est un sel basique découvert par Merling et qui, au point de vue chimique, est l'éther méthylique de l'acide benzolméthyl-tétraméthyl-et-oxypipéridine-carbonique. L'eucaïne est soluble dans l'eau, comme la cocaïne, et donne comme cette dernière avec l'acide chlorhydrique un sel soluble, mais à un degré moindre que le chlorhydrate de cocaïne. C'est le chlorhydrate d'eucaïne, qu'on utilise en solution aqueuse ; M. le professeur Reclus nous a recommandé la solution à 1 0/0 ; c'est généralement à ce titre que nous l'avons utilisée.

Au point de vue clinique, les premiers essais d'anesthésie par

---

1. Nous avons indiqué dans cette communication que nous traiterions les rapports de l'anatomie de la dent de six ans avec la recherche des canaux. Pour abréger la communication, déjà longue, nous en avons fait un chapitre à part qui sera publié dans le prochain numéro.

l'eucaïne ont été faits par des ophtalmologistes, qui ont reconnu que ce produit synthétique est supérieur comme collyre, ne produisant ni mydriase, ni troubles d'accommodation, ni altération de l'épithélium cornéen, mais causant un peu de cuisson et de la congestion.

En laryngologie elle a donné également de très bons résultats, sans occasionner jamais aucun accident; il en a été de même en dermatologie et pour l'anesthésie des muqueuses.

En chirurgie elle a été surtout expérimentée par le Dr Reclus, qui a consigné le résultat de ses expériences dans une communication récente faite à l'Académie de médecine. Elle a été étudiée avec soin, au point de vue physiologique, par le professeur Pouchet et surtout par le Dr Hernette, qui l'a expérimentée dans le laboratoire de ce dernier et en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Il résulte des observations cliniques et des expérimentations que l'eucaïne est un bon anesthésique local, employé à petites doses, mais qu'il faut réserver, d'après Reclus, Hernette, etc., aux petites extractions chirurgicales et aux extractions dentaires. Elle a, en effet, cet avantage que dans l'anesthésie qu'elle assure le patient peut rester assis ou même debout.

C'est pénétré de cette opinion que nous avons commencé nos expériences à la Clinique de l'Ecole, sachant par ce qui précède que nous ne ferions encourir aucun danger à nos malades. La technique que nous avons suivie et qui nous a donné de bons résultats est celle que le Dr Reclus a recommandée dans son excellente monographie sur la cocaïne en chirurgie.

Le Dr Reclus, après avoir insensibilisé la gencive à l'aide d'une lame d'ouate hydrophile imbibée de cocaïne, fait pénétrer l'aiguille dans l'épaisseur de la muqueuse, côté externe, et la pousse en essayant de se rapprocher le plus possible de l'extrémité de la racine. Il insiste beaucoup sur ce point et attribue les échecs subis et les plaintes du patient à l'inobservation de ce précepte. Il répète l'opération à la partie interne, quelquefois même en avant et en arrière, de façon à ce que les quatre faces de l'alvéole soient circonscrites par l'injection; il attend cinq minutes et procède à l'alvusion de la dent.

Nous avons complété cette technique par une asepsie rigoureuse de nos instruments, seringue et aiguilles comprises. La bouche du patient fut toujours rincée à l'eau chloralée, la partie de la gencive sur laquelle nous pratiquions la piqûre était l'objet des mêmes précautions antiseptiques. Ces précautions rigoureusement appliquées nous ont défendu contre toute infection secondaire. Nos solutions stérilisées ont été à 1/2 0/0, le plus souvent à 1 0/0. Deux extractions ont été faites à la dose de 2 0/0; mais nous n'avons pas voulu dépasser ce titre par excès de prudence.

Avant de vous donner lecture des observations recueillies, nous tenons à remercier ici le Dr Waton, élève de 3e année, pour l'assistance intelligente et dévouée qu'il nous a prêtée pendant le cours de nos expériences.

Observation I.

Mme B..., 28 ans, se présente à la clinique le 4 février 1897.

Etat de la malade. — Anémie, pour laquelle elle s'est soignée de 13 à 21 ans, en prenant de l'huile de foie de morue, du fer, etc. Depuis elle n'a plus rien ressenti. Antécédents très bons.

Du côté de la bouche l'état est moins bon; la malade présente en haut et en bas de nombreux 2e et 3e degrés. Dès l'âge de 15 ans elle souffre des dents; à remarquer leur tendance à s'effriter facilement.

La dent à extraire est la troisième molaire supérieure gauche, dont la couronne a presque entièrement disparu. Les racines provoquent à chaque instant de vives douleurs.

Avant l'injection, l'auscultation donne un résultat négatif, cœur à 110 pulsations à la minute.

Injection d'eucaïne à 0 gr. 02. La malade annonce une sensation de chaleur dans la gencive au point de l'injection. Extraction faite sans douleur 5 minutes après, à la langue de carpe.

Aussitôt l'opération faite, le cœur reprend 76 pulsations. La malade revient tous les 2 jours. La première fois elle dit que dans la soirée elle a été prise d'un besoin irrésistible de dormir. Pas d'œdème des gencives; 4 jours après l'extraction, état parfaitement bon.

Observation II.

Mlle L..., 22 ans, se présente le 12 février.

Pas d'antécédents généraux; antécédents locaux nuls. L'état général actuel est très bon; rien au cœur, la bouche est en assez bon état. La malade dit avoir souffert beaucoup pendant la nuit de douleurs violentes provoquées par la troisième molaire inférieure droite. Pas de périostite.

Injection de 0 gr. 02. La piqûre de la gencive ne procure pas de sensation, 2 minutes après l'injection. Au bout de 5 minutes l'extraction est faite en 2 temps; la couronne, très friable s'est cassée; la malade dit n'avoir pas souffert.

Cœur à 80 pulsations avant l'injection, même nombre après l'opération.

La malade revient les jours suivants. Pas d'œdème des tissus environnants, pas de suite.

Observation III.

Mlle H..., 21 ans, vient à la clinique le 12 février.

Antécédents: anémie vers 16 ans, soignée par les toniques et l'huile de foie de morue. Crises nerveuses fréquentes et à la moindre émotion.

Etat actuel bon; cœur normal. La bouche est en bon état, mais la première grosse molaire inférieure gauche la fait beaucoup souffrir.

Injection de 0 gr. 01. Immédiatement après la pupille se dilate très fortement, la respiration devient haletante, une crise nerveuse éclate. Ces accidents semblent devoir être mis sur le compte seul de l'état de nervosité de cette malade, la dose employée étant minime.

L'extraction ne se fait pas.

Observation IV.

Mlle M... M..., 14 ans, vient à la clinique le 12 mars.

Antécédents généraux mauvais. Enfant lymphathique à teint pâle, qui prend actuellement de l'huile de foie de morue.

L'auscultation donne le premier bruit légèrement sourd, mais pas de souffle.

La bouche est en très mauvais état, carie de presque toutes les grosses molaires. La dent à extraire est la première grosse molaire supérieure droite.

L'injection d'eucaïne à 0 gr. 01 est faite surtout du côté palatin à cause d'une poche purulente dans le sillon labio-gingival.

Pas de dilatation de la pupille; cœur normal, à 70 pulsations. L'extraction commence 5 minutes après, elle est rendue très difficile par le mauvais état des racines. Au bout de 6 minutes elle est terminée, sans douleur, dit la malade qui n'a pas protesté durant l'opération.

La malade revient les jours suivants : pas d'œdème, pas d'accidents consécutifs.

Observation V.

Mme B..., 42 ans, venue à la clinique le 12 mars.

Pas d'antécédents généraux. Dentition mauvaise depuis l'âge de 12 ans. L'auscultation révèle un bruit de souffle au premier bruit à la base. Etat général bon, malgré cela.

Injection de 0 gr. 01. 1/2 seringue employée seulement. Après l'injection aucun phénomène du côté de la pupille, de la respiration ou des battements du cœur.

Extraction de la première petite molaire supérieure droite, après 6 minutes. La malade interrogée répond qu'elle n'a ressenti aucune douleur.

Le jour suivant la malade est revenue; elle a un léger œdème de la joue, disparu le surlendemain.

Observation VI

M. B..., 17 ans, venu à la clinique le 12 mars.

Antécédents: fièvre typhoïde à 8 ans. Etat général actuel bon. Rien au cœur. Etat local: première grosse molaire inférieure gauche très douloureuse à la mastication.

Injection de 0 gr. 01. Extraction 6 minutes après. Douleur peu considérable. Le malade supporte très bien l'opération, alors qu'il nous annonce avoir eu une syncope à une extraction précédente, et demande une seconde extraction, qui lui est refusée.

Le malade revient 2 fois; aucun œdème, pas de fatigue.

Sous la seule action d'un pansement le malade a eu une syncope à la salle de pansement 4 jours après, ce qui prouve qu'il est très sensible, et il n'a rien eu avec l'eucaïne.

Observation VII.

Mlle M..., 19 ans, vient à la clinique le 14 mars.

Antécédents généraux et locaux bons. Elle prend actuellement de l'huile de foie de morue, mais par raison de prudence, car l'état actuel de sa santé est excellent.

La bouche est en bon état. La dent à extraire est la première grosse molaire supérieure gauche.

Injection de 0 gr. 01, 2 piqûres. Pas de sensation de chaleur dans la gencive; rien du côté de la pupille, ni de la respiration. Extraction après 5 minutes. La malade, interrogée sur ses sensations, nous répond qu'elle a senti *que la dent se déchirait dans l'alvéole.*

La malade est revenue le lendemain matin et 2 jours après; pas d'œdème ni de maux de tête.

Observation VIII.

Mlle M..., venue le 27 mars.

Mêmes renseignements que pour l'observation II. Racines de la première petite molaire supérieure droite.

Injection à 0 gr. 01. 3/4 de seringue seulement. L'extraction, très laborieuse, faite 6 minutes après, dure 22 minutes; ce n'est qu'à la fin que la malade annonce une sensation douloureuse.

Observation IX.

Mlle G..., 18 ans, venue le 27 mars.

Antécédents nuls. Etat général et local bons. Cœur normal.

La malade demande l'extraction de la racine de la deuxième petite molaire inférieure gauche.

Injection de 0 gr. 01, de part et d'autre de la racine. Extraction 6 minutes après; la malade n'a rien ressenti et demande l'extraction des racines de la première grosse molaire inférieure gauche. Cette nouvelle extraction est faite au pied de biche sans nouvelle injection, 11 minutes après, et la malade ne ressent rien non plus.

La malade est revue 2 jours après; pas d'œdème, pas de phénomènes consécutifs.

Observation X.

Mlle S..., 19 ans, venue le 27 mars.

Antécédents nuls. Etat général lymphatique, teint très pâle, muqueuses décolorées. Cœur normal.

Extraction de la première grosse molaire supérieure droite.

Injection de 0 gr. 01. 3/4 de seringue employés. La malade annonce dans la gencive une sensation d'engourdissement. Extraction faite 6 m. après. La dent présente 3 racines très divergentes, qui nécessitent un effort considérable d'extraction. La malade nous dit qu'elle a éprouvé la sensation *qu'on lui enlevait un corps étranger*, et ajoute spontanément qu'elle a supporté d'autres extractions qui ont été très douloureuses.

Observation XI.

M. B..., 32 ans, venu le 28 mars.

Pas d'antécédents. Etat général actuel très bon; cœur normal. Etat local : toutes les molaires sont cariées.

Le malade se plaint surtout de la deuxième molaire inférieure gauche présente tous les symptômes de la périostite.

Injection de 0 gr. 01. 1/2 seringue seulement. Gencives décolorées, fongueuses. Après 6 minutes l'extraction est faite ; la dent très friable ne peut être extraite au davier, enlevée au pied de biche. Simple sensation de déchirement; l'opération a duré 7 minutes.

Le malade est revu 2 jours après: aucun phénomène à noter.

Voici donc un ensemble de 11 observations d'extractions dentaires, difficiles pour la plupart, faites après une injection de 0 gr. 01 d'eucaïne, n'ayant produit aucune douleur et aucun accident, même chez des patientes dont l'état général était plutôt défectueux. Dans quelques cas isolés les injections ont simplement produit un peu d'œdème de la gencive, qui n'a pas persisté. Pas de phénomènes infectieux secondaires, grâce à l'antisepsie préventive. Qu'il

nous soit permis de dire en passant que l'eucaïne nous a paru difficilement soluble à l'eau froide et très soluble au contraire à l'eau légèrement tiède.

Les résultats fournis par ces onze observations peuvent donc nous permettre de constater que l'eucaïne peut rendre des services aux chirurgiens-dentistes.

Mais son emploi est-il, comme on l'a dit, préférable à la cocaïne au point de vue des phénomènes de l'intoxication et peut-on, comme l'a prétendu Kiesel, sans nuire en rien à la santé du malade, injecter jusqu'à douze seringues entières d'une solution à 15 0/0, soit 1 gr. 80 d'eucaïne ?

Les avis sont très partagés sous ce rapport et, pour nous fixer sur ce point, nous allons faire un petit parallèle entre l'eucaïne et la cocaïne, tant sous le rapport de leur valeur anesthésique que sous celui de leur équivalent toxique.

La toxicité de l'eucaïne et son action physiologique ont été étudiées par Gaëtano Vinci en Allemagne et par le professeur Pouchet en France. Or, ces deux expérimentateurs sont loin d'être d'accord en tous points.

D'après le premier, l'équivalent toxique de l'eucaïne est plus faible que celui de la cocaïne. Chez le lapin, la dose toxique serait de 0,10 à 0,12 cgr., alors qu'elle serait de 0,15 à 0,20 par kilogramme du poids du corps. On noterait les mêmes symptômes généraux d'intoxication. A dose égale, les troubles provoqués par l'eucaïne seraient plus faibles que ceux de la cocaïne. G. Vinci n'aurait jamais observé chez le cobaye l'absence de phase prodromique dans l'intoxication par l'eucaïne, phénomène qui constituerait pour le professeur Pouchet le danger de l'emploi de l'eucaïne.

L'action de l'eucaïne sur le cœur ne serait pas supérieure à la cocaïne. Elle ralentit le nombre des battements cardiaques, et élève la pression du sang. A dose toxique on observe au contraire une diminution de la pression. L'anesthésie eucaïnique est égale à celle de la cocaïne quant à l'intensité et à la durée ; elle est plus intense et de plus longue durée chez le cobaye.

D'après le professeur Pouchet, l'équivalent toxique de la cocaïne est chez le lapin de 0,18 à 0,20, et non de 0,10 à 0,12 comme le prétend Vinci. Chez le cobaye il est de 0,07 à 0,08. Celui de l'eucaïne est de 0,10 à 0,12 chez le lapin, et de 0,09 à 0,10 chez le cobaye. C'est ce résultat qui a permis de dire à Hernette dans sa thèse que l'eucaïne est un peu moins toxique que la cocaïne chez le cobaye et beaucoup plus chez le lapin.

L'équivalent toxique de l'eucaïne est presque égal à celui de la cocaïne. De plus, d'après Pouchet et Hernette, il n'y a pas dans certains cas, de phase prodromique dans l'intoxication par l'eucaïne, ce qui double le danger dans l'emploi de cette substance. Les effets de l'eucaïne sur le cœur sont plus rapides et plus accentués qu'avec la cocaïne.

D'après Reclus, Leguen, Hernette, etc., l'anesthésie est complète

5 minutes après l'injection. Elle est moindre que celle de la cocaïne, dans la proportion de 7 à 10. La durée est beaucoup moins grande, 25 minutes contre 1 h. 10.

L'eucaïne est vaso-dilatatrice et produit l'hyperhémie des tissus. Nous pensons que cette propriété fera souvent préférer l'eucaïne à la cocaïne chez les sujets prédisposés à la syncope. La cocaïne est vaso-constrictive.

L'anesthésie par l'eucaïne est inférieure à dose égale à celle que produit la cocaïne, et en admettant que la toxicité de l'eucaïne soit moindre que celle de la cocaïne, comme il faut pour obtenir une anesthésie équivalente une dose plus forte, les deux anesthésiques ont une valeur sensiblement égale. Enfin l'anesthésie par l'eucaïne ne durant que 25 minutes, l'eucaïne ne peut servir que pour les petites opérations.

De ce long exposé il résulte qu'en art dentaire l'eucaïne peut rendre de grands services et être employée comme succédané de la cocaïne;

Qu'il suffit, le plus souvent d'employer la solution à 1 0/0 de chlorhydrate d'eucaïne, et qu'avec 2 gr. on peut faire les extractions les plus difficiles, ainsi que l'affirment Legrand et Dumont (thèse d'Hernette) et notre propre expérience clinique;

Que l'eucaïne demande à être administrée avec beaucoup de précaution, qu'il faut se garder d'employer des doses élevées comme l'a fait Kiesel (solution à 15 0/0) et d'aller comme lui jusqu'à injecter 1 gr. 80 d'eucaïne. Il est vrai qu'il ajoute qu'on fera bien de ne pas considérer l'eucaïne comme une substance complètement inoffensive et qu'on ne l'administrera qu'avec circonspection aux mêmes doses et avec la même concentration que la cocaïne.

Ce sont les sages mesures que nous préconisons et qu'on fera bien de suivre, maintenant que nous savons que, si l'eucaïne est un bon anesthésique local pour le chirurgien-dentiste, et peut être employée comme succédané de la cocaïne, elle n'est pas néanmoins exempte de danger, son pouvoir toxique étant presque égal à celui de la cocaïne.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du 6 avril 1897.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 45 du soir.

M. Papot. — Le procès-verbal de la dernière séance est à l'impression en ce moment; je vous demande donc d'en ajourner l'adoption jusqu'après sa publication.

I. — Eucaïne et cocaïne, par M. Touchard.

M. Touchard donne lecture d'une communication sur ce sujet (V. *Travaux originaux*).

DISCUSSION.

M. Weber. — Les solutions d'eucaïne se conservent-elles mieux que celles de cocaïne ?

M. Touchard. — Ces produits se conservent toujours ; mais c'est le véhicule qui ne se conserve pas.

Au point de vue de la stérilisation à chaud, le chlorhydrate de cocaïne a l'inconvénient de se décomposer, tandis que le chlorhydrate d'eucaïne est légèrement moins soluble, mais ne se décompose pas.

II. — DE LA NUTRITION DENTINAIRE ET LA DENT DE SIX ANS, PAR M. RICHARD-CHAUVIN.

M. Richard-Chauvin donne lecture de la première partie de sa communication (V. *Travaux originaux*), et ajoute qu'en raison des deux séances successives le même soir il ajourne à mai la lecture de la seconde partie.

DISCUSSION.

M. d'Argent. — Le travail très complet de M. Chauvin présente une certaine utilité pratique. Pour se procurer des renseignements sur la dent de six ans, il fallait cher cher dans divers ouvrages, tandis que tout est réuni ici. Les efforts que nous aurions dû faire nous sont épargnés désormais par la peine qu'a prise M. Chauvin. J'estime qu'il y a lieu de l'en féliciter, et je l'en félicite pour ma part, du moins.

M. Papot. — Je félicite également M. Chauvin de cette communication très étudiée.

M. Richard-Chauvin. — Les longueurs dont on pourrait se plaindre étaient nécessaires : en effet, Andrieu recommande l'extraction de la dent de six ans à tout propos, tandis que j'en préconise parfois la conservation ; il me faut donc en donner les raisons. Pour dire que cette dent est la mieux placée au point de vue de la mastication, il faut entrer dans quelques détails anatomiques. Si la dent est conservée, il n'est pas inutile de dire qu'elle rend les services qu'on en attend. Quand un enfant a encore la pulpe de sa dent de six ans, il faut conserver celle-ci, et il était bon de le dire. Ces choses-là n'étaient pas coordonnées ainsi antérieurement ; je ne crois pas qu'il soit superflu de l'avoir fait.

M. Godon. — Je tiens à féliciter M. Chauvin de son long et important travail.

Au point de vue de la classification on se sert souvent, et c'est ce qu'il a fait aussi, des mots *anomalie de disposition* ; or ce terme est inexact en l'espèce, car, d'après Magitot, il désigne les tissus qui sont mal placés, et non les dents ; aussi les dents qui sont mal rangées, je les appelle simplement anomalies d'arrangement. Il faudrait dire *anomalies de disposition des tissus dentaires et anomalies de disposition des dents dans les alvéoles.*

M. Chauvin montre combien il est utile de conserver la dent de six ans, sauf en cas de carie du 4e degré. Cependant vous n'êtes pas

impuissants dans ce cas. Quel que soit le degré, vous n'assignez pas à une dent bien soignée une durée limitée. Je suis opposé à l'extraction de cette molaire, et d'avis de la conserver; je commence en effet, à voir les dents qui vivent depuis 10 à 12 ans, et je me félicite de les avoir conservées.

M. Richard-Chauvin. — J'ai établi dans quels cas il faut conserver la dent de six ans, et dans quels cas il faut l'extraire, et il est nécessaire de dire pourquoi. Si je repousse la conservation au jeune âge, c'est parce que, la pulpe ayant disparu, la dent est vouée à sa perte. Si l'extraction de la dent de six ans permet de faire un peu de place, il n'est pas mauvais de l'enlever quand il n'y a plus de nutrition possible.

M. Prével. — Je suis d'avis de traiter ainsi la dent de six ans pour les 1er et 2e degrés et même pour le 3e; quant aux dents supérieures atteintes du 4e degré, il faut agir différemment, et les enlever.

Un jour, un homme de 20 ans se présente chez moi et je lui soigne une carie du 3e degré. Ce garçon avait des boutons, une haleine fétide, le plancher du sinus perforé — ce dont je m'aperçus en faisant l'extraction, — et tout cela est survenu par suite d'un 4e degré qui surchauffait le sinus.

M. Sauvez. — Aux arguments de M. Chauvin pour la suppression de la dent j'en ajouterai un 3e : dans toutes les caries du 4e degré le canal radiculaire est large, l'apex est mal formé et nous avons plus de peine. Je suis donc partisan d'enlever en cas de carie du 4e degré les dents de six ans dans le jeune âge.

M. Prével est d'avis de supprimer toutes les causes d'infection dans le voisinage; mais ce n'est pas un moyen sûr. Il vaut mieux supprimer la dent elle-même, qui ne sera jamais un organe de valeur, que de courir le danger d'un abcès du sinus. Les deux premières grosses molaires étant enlevées, nous avons l'espoir d'un antagonisme parfait si nous enlevons en même temps les deux premières molaires de la mâchoire opposée.

M. Viau. — M. Chauvin précise les mauvaises conditions dans lesquelles on soigne la dent de six ans. Une fois la pulpe disparue, celle-ci n'a plus de chance d'être conservée. J'ai fait de l'inspection dentaire dans les écoles, et j'ai trouvé la dent de six ans cariée 80 fois 0/0 au 4e degré avec des canaux suppurants, parce que les préceptes d'hygiène ne sont pas observés dans ces établissements.

M. Richard-Chauvin. — S'il est indiqué d'enlever la dent de six ans supérieure, il l'est aussi d'enlever l'inférieure, parce qu'il peut y avoir des complications graves à redouter, surtout chez les enfants, principalement des adénites.

M. Godon. — Vous arrachez la molaire de six ans cariée au 3e degré, tandis que je suis partisan de la conserver. Si la dent se carie de nouveau, c'est qu'elle est imparfaitement obturée. Puisque l'obturation peut persister dans une molaire de 6 ans au 3e degré, elle peut persister dans le 4e; quelques confrères se refusent pourtant à l'aurification de ces dents. Quand j'extrais une dent par anomalie d'arrangement, la dent de choix, pour moi, est la première petite molaire.

III. — RÉFLEXIONS SUR UN CAS D'ANKYLOSE ALVÉOLO-DENTAIRE, PAR M. CHOQUET.

M. Choquet donne lecture de la note suivante sur ce sujet :

Vous vous rappelez tous avec quel intérêt avait été accueillie la présentation, faite à notre Société par notre confrère M. Mendel Joseph, d'une coupe de dent entièrement soudée au maxillaire. Quelques objections avaient été soulevées à cet égard, et entre autres celle-ci : que l'on se trouvait peut-être en présence d'une adhérence très forte, très intime entre la paroi de l'alvéole et la couche cémentaire, mais non d'un cas de soudure intime, de fonte en un mot des deux tissus. M. Mendel ayant bien voulu me confier la coupe qu'il avait faite, j'en ai profité pour l'étudier attentivement et faire quelques photographies des parties les plus intéressantes, photographies que j'aurai l'honneur de vous soumettre dans un instant, au moyen de la lanterne à projection.

Comme vous pourrez en juger *de visu*, il n'y a pas moyen de confondre la coupe qui nous intéresse avec une adhérence du tissu osseux au tissu cémentaire, non plus qu'avec une hypertrophie cémentaire. Le cas en présence duquel nous nous trouvons est typique, absolument unique.

J'ai cherché à trouver dans les auteurs la relation d'un cas semblable, et je n'ai rencontré que l'observation présentée par M. Amoëdo.

Nous ne pouvons que féliciter M. Mendel de son esprit d'investigation.

Pour mon compte, je tiens à lui adresser mes bien sincères remerciements pour la gracieuseté qu'il a eue de mettre à ma disposition la coupe qu'il avait faite.

Si vous le voulez bien, voyons quels sont les caractères et les rapports anatomiques qui nous permettront de différencier d'une façon complète la soudure de la dent au maxillaire d'avec l'adhérence au même maxillaire et d'avec l'hypertrophie cémentaire.

Examen de la préparation Mendel Joseph.

Allant du centre à la périphérie, nous nous trouvons tout d'abord en présence de la cavité pulpaire limitée par la dentine avec ses canalicules très nets. Puis nous voyons celle-ci recouverte d'une couche de tissu cémentaire, présentant plusieurs zones qu'il est très facile de distinguer et de différencier les unes des autres.

La zone la plus interne, c'est-à-dire celle qui est en contact direct avec la dentine, conserve la même épaisseur sur presque toute la périphérie de la coupe. A certains endroits on voit alors du tissu cémentaire de néoformation absolument analogue à celui que l'on remarque dans l'hypertrophie cémentaire ; mais, car il y a un mais, ce tissu de néoformation, disposé par couches concentriques régulières, est, à certains endroits, remplacé par du tissu osseux véritable, dans lequel on distingue très nettement les cellules étoilées caractérisant ce dernier.

Planche IX

Clichés de J. Choquet.

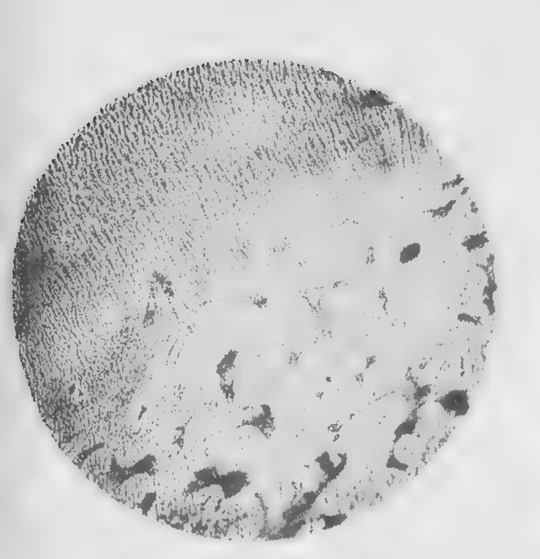


Fig. 48. — Dent de requin.
Soudure de la dent au maxillaire.

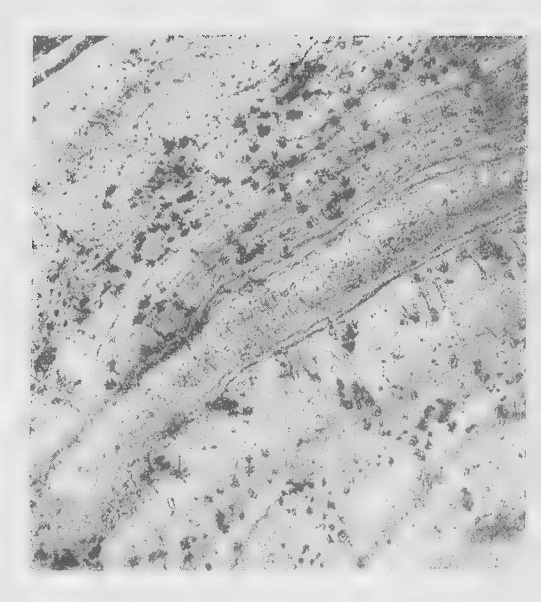


Fig. 49. — Hypertrophie cémentaire.

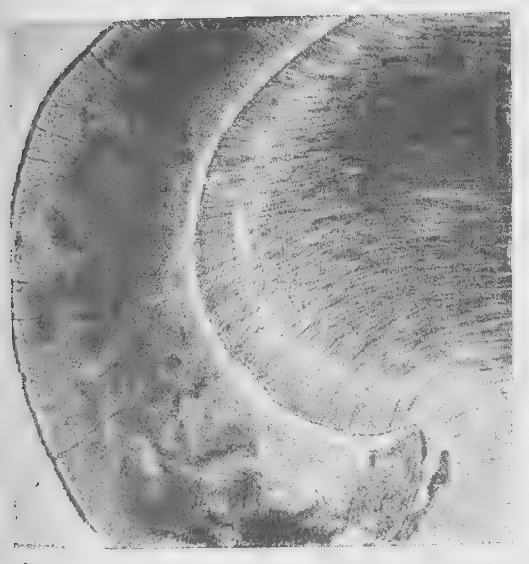


Fig. 50. — Odontome radiculaire adamantin (50 diamètres.)

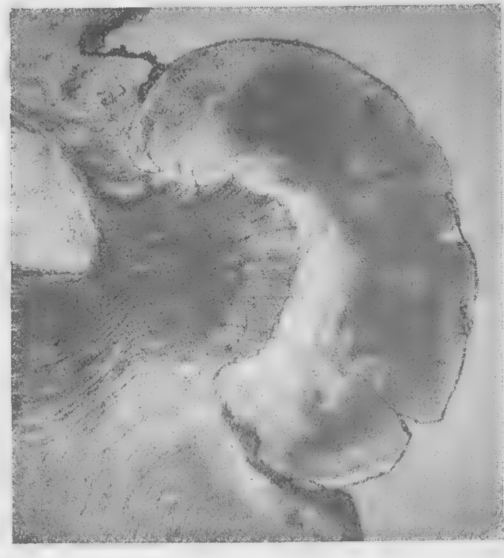


Fig. 51. — Odontome radiculaire adamantin (50 diamètres.)

Il est absolument impossible de dire où commence le tissu osseux et où finit le cément. En outre, la préparation renferme en certains endroits de véritables cavités, espaces lacunaires, bordés mi-partie par le cément, mi-partie par l'os lui-même (V. fig. 37, pl. VI, n° d'avril).

On ne peut mieux comparer la soudure intime existant ici qu'à ce qui se produit dans la dent de certains poissons, la merluche, par exemple, où la dentine qui forme le corps principal de la dent vient se fondre insensiblement avec le maxillaire, sans que l'on puisse assigner de ligne de démarcation exacte à l'un et à l'autre des deux tissus (V. fig. 48, pl. IX).

Examen d'une hypertrophie cémentaire.

Sur une section transversale de dent atteinte d'hypertrophie cémentaire assez accentuée, on trouvera des couches concentriques, régulières la plupart du temps, de tissu de néoformation. Ces couches présenteront toujours le même aspect histologique, caractérisé par une substance fondamentale légèrement granuleuse, parsemée de cellules plus ou moins volumineuses (cémentoblastes) présentant cette particularité, sur laquelle j'insiste tout spécialement, que les prolongements de ces cémentoblastes sont *toujours* dirigés vers l'extérieur, tandis que dans le tissu cémentaire sain les ramifications de ceux-ci sont envoyées dans toutes les directions, aussi bien vers l'extérieur que vers l'intérieur (V. fig. 49, pl. IX).

Adhérence de la dent au tissu osseux.

Si l'on peut arriver, ce qui est très rare, à faire une section transversale de racine à laquelle adhère une petite portion de tissu osseux, en conservant les rapports des deux tissus, on verra très nettement la ligne de démarcation qui existe entre l'os et le cément. Il n'y aura pas de ces anfractuosités, de cette espèce de fonte des deux tissus, comme je vous l'ai signalé tout à l'heure pour la coupe de M. Joseph. Ici vous aurez deux tissus accolés l'un à l'autre, mais non pas fondus, et le microscope à un faible grossissement vous permettra de ne pas conserver le moindre doute à cet égard.

Si, au lieu de faire une coupe de dent ne présentant qu'une petite portion de tissu osseux adhérent à la couche cémentaire, vous faites sur une pièce *fraîche* une section transversale de la mâchoire et des dents, vous verrez encore mieux la ligne de démarcation qui, ici, sera représentée par le ligament démontrant très nettement ses fibres transversales. Si vous n'opérez pas sur des pièces fraîches, les deux tissus en se desséchant se rapprocheront les uns des autres, fondront pour ainsi dire le ligament, de telle sorte que cément et tissu osseux paraîtront être en contact direct l'un avec l'autre.

Vous voyez donc qu'il n'y a pas matière à confusion dans le cas que M. Joseph nous a présenté.

Nous nous trouvons bien en présence d'une véritable soudure de la dent au maxillaire, et nous ne pouvons que remercier notre

confrère d'avoir donné à notre Société la première description d'une semblable rareté.

M. Joseph. — Je remercie M. Choquet d'avoir suivi mon travail avec attention. La première fois j'ai présenté la pièce, la deuxième fois une coupe macroscopique afin qu'on vît une soudure. J'ai fait ainsi parce que j'ai craint qu'on ne confondît la figure avec une hypercémentose. A l'examen microscopique on ne trouve pas de dispositions toujours régulières, il n'y a pas de disposition régulière des cémentoses, il y a des espaces qui ne sont pas raréfiés du tout. J'ai supposé qu'on pourrait commettre une erreur, et c'est pour cela que j'ai présenté la pièce.

IV. — PRÉSENTATION D'UNE COUPE DE DENT AVEC DEUX ODONTOMES RADICULAIRES ADAMANTINS, PAR M. CHOQUET.

M. Choquet donne lecture de la note suivante sur ce sujet et l'accompagne de projections lumineuses :

Ayant eu à extraire une dent de sagesse inférieure atteinte de 4e degré, je me trouvai en présence, une fois l'extraction faite, de deux odontomes radiculaires adamantins, placés l'un à la face externe, l'autre à la face interne de la dent.

Les deux odontomes, comme vous pouvez le voir sur la coupe que je vous présente, sont implantés aux 2/3 de la racine. Ils étaient par conséquent recouverts par la gencive et invisibles lorsque la dent était en place. Les rapports anatomiques de ces odontomes sont curieux, comme vous pouvez en juger : leur émail est absolument différent de l'émail normal ; il n'y a pas traces de prismes. Je me réserve de vous donner la description complète de cette coupe dans une séance ultérieure. Je vais en tous cas faire la projection de sept des parties les plus intéressantes de cette coupe (V. fig. 50 et 51, pl. IX).

La séance est levée à minuit.

Le Secrétaire général,

A. LOUP.

REVUE DE PATHOLOGIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS.

I. — DIFFORMITÉ ET PARALYSIE DE LA LUETTE COMME STIGMATE DE DÉGÉNÉRESCENCE (*Dana Ch.*).

Le Dr *Ch. Dana*, de New-York, a trouvé chez beaucoup de ses malades la luette recourbée à droite ou à gauche. Chez des névropathes la luette était double, rudimentaire, très longue ou de forme anormale. Il lui a paru intéressant de rechercher le caractère de la luette chez les dégénérés. Voici le résultat de son travail :

La luette, dit-il, affecte des formes variées à l'état normal ou accidentellement. Elle peut être très courte, très longue, très épaisse et large, ou très étroite et petite. Elle est parfois reliée aux piliers du voile, de chaque côté, par une membrane qui l'entoure entièrement.

Elle peut être recourbée d'un côté ; elle peut être double, bifide. La difformité la plus fréquente est l'hypertrophie et la bifidité. L'hypertrophie peut être causée par une affection locale, et le Dr Dana ne l'a relevée dans ses statistiques que lorsque la luette était fortement tordue, bifide ou surnuméraire. Parfois elle est d'une forme très irrégulière et peut être considérée comme anormale, mais on ne la compte comme difformité que dans des cas très remarquables. On observe aussi de très grandes différences de contraction volontaire ou par action réflexe, ainsi que de l'innervation des muscles azygos.

Le Dr Dana a examiné 108 aliénés, et sur ce nombre en a trouvé 53 avec une difformité de la luette, soit 50 0/0. La plus commune était une torsion d'un côté, aussi bien à droite qu'à gauche, un peu plus souvent à gauche, et était de 31 0/0. La proportion était beaucoup plus forte chez les aliénés dégénérés, de 19 sur 35, tandis qu'elle était de 13 sur 69 cas d'aliénation acquise. Ainsi la difformité de la luette s'accroît proportionnellement comme stigmate physique de dégénérescence.

L'hypertrophie et l'allongement de la luette sont assez fréquents et ne sont pas plus communs dans les types dégénérés que dans les autres.

Dans aucun cas il n'a trouvé la luette bifide, ce qui confirme l'opinion que la fente du palais n'est pas un stigmate de dégénérescence proprement dite et n'implique aucune imperfection dans l'organisme nerveux. C'est seulement un trouble accidentel dans le développement des os. Il y a d'autres stigmates qui ne sont pas encore admis, et le moment est venu de faire une étude et une classification des imperfections héréditaires ou congénitales, qu'on confond si souvent sous le nom de stigmates de dégénérescence.

Quant au sexe, l'auteur a trouvé une proportion de 32 0/0 chez l'homme et de 29 0/0 chez la femme pour la torsion de la luette. Chez les femmes aliénées dégénérées (8 sur 14), elle est plus fréquente que chez les hommes (11 sur 29). A Bellevue, il y a plus d'aliénés dégénérés hommes que femmes. C'est un fait bien connu que les femmes s'écartent moins du type normal et sont dégénérées en moindre proportion.

51 cas ont été examinés au point de vue de l'innervation de la luette. 24 fois elle avait des contractions et 27 fois elle n'en avait pas. Normalement la luette se contracte rapidement en prononçant « ha », ou quand la gorge est irritée. D'où l'on peut considérer le défaut d'innervation de la luette comme un signe de développement inférieur ou incomplet.

Le Dr Dana a examiné 57 névropathes atteints d'affections nerveuses variées, telles que neurasthénie, hystérie, épilepsie, alcoolisme, tabes dorsalis, désordres spasmodiques, etc ; il en a trouvé 3 ayant la luette bifide (l'un imparfaitement), 13 avec luette tordue et 1 avec luette surnuméraire. La proportion de la torsion de la luette est donc de 22 0/0 contre 31 0/0 chez les aliénés. A l'état normal elle est de 0, d'après le Dr Mary E. Hennessey.

Le Dr Dana a examiné 54 personnes qui n'étaient pas névropathes et en a trouvé 1 sur 8, soit 13 0/0, ayant la luette anormale. La proportion est plus grande chez les phtisiques, qui ont généralement des stigmates de dégénérescence en grande proportion.

L'innervation a été observée sur une série de 30 personnes normales (10 femmes, 20 hommes), il y eut contraction 22 fois (soit 73 0/0 contre 57 0/0 chez les aliénés). Dans 5 cas la luette était très allongée.

Dans 54 cas on a trouvé deux fois la luette bifide ; les deux parties étaient largement séparées et se contractaient bien l'une et l'autre ; le malade était un jeune homme atteint de lésion congénitale du cœur qui produisait le morbus curulens.

Les difformités du palais ont été notées dans 86 cas d'aliénation. La voûte ogivale a été notée 24 fois ou 28 0/0. Ici aussi la proportion est plus forte chez les aliénés dégénérés et est de 12 sur 28 cas, soit près de moitié, et de 12 sur 58 chez les autres. Pour être un véritable stigmate, il faut que cette arcade soit large et longue ; autrement elle ne signifie pas grand'chose.

Le Dr Dana conclut de ses recherches que la luette tordue d'un côté et ne se contractant pas est un stigmate de dégénérescence physiologique et anatomique. La torsion ou l'incurvation indique un développement inégal du nerf des deux côtés. La moitié des dégénérés ne sentent rien quand on touche le muscle azygos.

(*Pratique médicale.*)

II. — Traitement chirurgical des leucoplasies buccales (*M. Perrin*, Marseille).

L'auteur rapporte sept observations de leucoplasies traitées chirurgicalement. Avec le thermo ou le galvano-cautère ont été excisées ou détruites des plaques blanches, plus ou moins étendues et présentant les divers aspects que l'on peut observer dans la leucoplasie ancienne, depuis la plaque épaisse, dure, plane ou rugueuse, jusqu'à la plaque cornée, papillomateuse et à transformation épithéliale.

Les malades opérés sont sous l'observation du Dr Perrin depuis neuf et sept ans pour les plus anciens, depuis quatre ans et dix-huit mois pour trois d'entre eux, depuis un an et dix mois pour les plus récents. Chez tous la guérison a été durable et complète : il n'y a pas eu de nouvelles plaques au niveau des parties traitées chirurgicalement.

La technique opératoire est très simple : le plus souvent s'il n'y a pas d'adénopathie, si la plaque est peu étendue, l'anesthésie locale suffit ; l'hémorragie est facile à arrêter ; la guérison se fait en trois ou quatre semaines.

Les bénéfices de l'intervention chirurgicale sont certains ; elle ne peut faire courir aucun risque au malade ; elle lui est utile à tous les points de vue ; elle permet de faire l'examen histologique de la plaque enlevée, c'est une sorte de biophie thérapeutique ; elle épargne au malade une série ininterrompue de soins, elle met à l'abri de la complication qu'il faut toujours redouter, de l'évolution vers l'épithéliome.

(*Bull. de la policl. de l'Hôp. intern.*)

III. — Troubles trophiques des dents d'origine hystérique.

M. *Paul Sollier* (de Paris). — L'hystérie, qui peut amener des troubles trophiques dans tous les membres, peut en provoquer également sur les dents. Il s'agit d'une atrophie de la dent, atrophie qui commence par une érosion de l'émail, de forme arrondie, se montrant par petites étendues, décroissant de la périphérie au centre où la dentine est mise à nu. Une fois l'émail disparu, sans carie sèche ni humide, la dentine, devenue très friable, se désagrège, s'érode, se résorbe de plus en plus. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux spontanément et sous l'influence de tous les contacts. Le collet de la dent n'est presque pas

attaqué, la racine l'est plus rarement encore. Ce n'est qu'à la longue que ces parties sont touchées, s'altèrent et se désagrègent. L'auteur a observé ce trouble trophique dans deux cas où il y avait de l'anorexie hystérique ancienne, avec vomissements ayant duré très longtemps et ayant entraîné un état général des plus mauvais. L'évolution fut très rapide, et en quelques mois toutes les dents furent réduites à l'état de chicots douloureux qu'il fallut extraire. Il n'y a pas de déchaussement de la dent, et l'alvéole est sain. C'est uniquement la dent, l'émail d'abord, qui est atteinte. Rien n'enraye l'évolution de ce trouble trophique, pas même l'amélioration ou la guérison des autres phénomènes hystériques. C'est bien d'un trouble trophique qu'il s'agit, car dans les deux cas, des dents de sagesse encore inaperçues parurent dépouillées en certains points de l'émail, qui, sans doute, ne s'était pas développé. Il n'y a qu'une intervention possible, nécessitée par la douleur continue, qu'aggravent l'état nerveux et la difficulté de nourrir les malades qui ont tant besoin d'alimentation : c'est l'extraction de toutes les dents et l'application d'un appareil de prothèse.

(*Progrès médical.*)

IV. — Sur l'extirpation du ganglion de Gasser et la physiologie du trijumeau.

M. Krause rapporte six cas d'extirpation du ganglion, et discute, à ce propos, plusieurs points de la physiologie du trijumeau. L'anesthésie est complète dans le territoire de distribution de ce nerf, mais les limites n'en sont pas les mêmes chez les différents sujets. Il y a à cela une raison anatomique très bien représentée dans l'atlas de Fritz Frohse, de Berlin.

On n'a pas observé de troubles trophiques au niveau de la muqueuse buccale ni au niveau de l'œil, bien que ce dernier, par suite de son anesthésie, soit plus exposé aux blessures, et que la cornée ne soit plus protégée. Il n'y a pas non plus de modifications appréciables de la pupille; au contraire, la sécrétion des larmes a été diminuée, du côté opéré, dans tous les cas, mais à un degré variable.

La dernière opérée, femme de 36 ans, depuis l'extirpation du ganglion ne verse, lorsqu'elle pleure, des larmes que du côté sain, et l'œil de ce côté devient rouge comme d'ordinaire ; du côté malade, l'œil est incongestionné et ne sécrète aucune larme. A l'état normal, on ne remarque aucune différence dans le degré d'humidité des deux yeux.

Goldzieher a prétendu que c'était le facial qui commandait la sécrétion lacrymale. Des faisceaux nerveux du facial vont de son ganglion géniculé par le grand nerf pétreux superficiel au ganglion sphéno-palatin et, par là, à la deuxième branche du trijumeau qui, par son rameau sous-cutané malaire, innerve la glande lacrymale. Les cas de Krause, avec leur action sur la sécrétion des larmes, semblent contredire cette opinion, mais on peut admettre avec W. Francke, que, pendant l'extirpation du ganglion de Gasser, on doit détacher la dure-mère de la base du crâne, et que l'on peut ainsi blesser le grand nerf pétreux superficiel qui se trouve situé près du ganglion de Gasser et près du trijumeau.

Krause pense, de plus, que, par suite de la formation de cicatrices, ce nerf pourrait être peu à peu comprimé : il semble qu'il en ait été ainsi dans un cas où, à la suite de la résection intra-cranienne de la troi-

sième branche du trijumeau, la sécrétion des larmes ne fut nullement influencée au début, mais se trouva fortement diminuée dans la suite.

Quant au goût, les résultats varient suivant les sujets ; mais toujours le trijumeau a paru renfermer des faisceaux qui recueillent certaines sensations gustatives, comme les saveurs douces, aigres et salées. Ces faisceaux se distribuent à la pointe et aux deux tiers antérieurs de la langue.

L'odorat appartient, certes, à l'olfactif ; cependant, le trijumeau y participe, car, chez tous les opérés, sauf un, l'odorat a été diminué du côté correspondant.

(*Gazette médicale de Paris.*)

V. — Actinomycose circonscrite de la machoire.

Rapport de *M. Blanchard* sur le travail de M. Ducor (Paris). — Les cas d'actinomycose sont encore rares en France puisque l'on ne possède qu'une quarantaine d'observations, dont un tiers ont été fournies par M. Poncet et ses élèves. Le fait rapporté par M. Ducor a trait à une femme de 42 ans, appartenant à la classe élevée de la société, et d'une bonne santé habituelle. Le 28 mars 1888, alors qu'elle habitait Libourne, elle fut prise de vives douleurs au niveau de l'angle droit du maxillaire inférieur, et peu à peu apparut une tumeur occupant la région parotidienne et qui avait environ le volume d'une noix.

Une incision détermina l'écoulement d'un liquide clair ; la fistule consécutive guérit au bout de deux mois sans laisser de trace, mais la tuméfaction persista. On enleva trois dents sans succès ; une incision buccale donna issue à un liquide séro-hématique, jus de pruneaux. De 1889 à 1894 l'état resta stationnaire, la douleur était peu marquée, survenant à intervalles éloignés par crises semblables à des rages de dents. De temps en temps se produisait un léger écoulement de pus.

On pratiqua en 1894 une incision au thermo-cautère qui eut pour résultat d'augmenter le volume de la tumeur ; l'écoulement du mucopus devint plus considérable ; on songea alors à un sarcome. Des hémorragies en nappe se produisent, les orifices fistuleux, par lesquels la tumeur évacue son contenu purulent, se multiplient. En février 1895 l'état général était grave, la fin semblait prochaine ; toutefois, à la suite d'une évacuation brusque de pus en grande quantité, une amélioration légère survint, mais la maigreur persistait, le trismus, la tuméfaction s'accentuaient toujours.

En septembre 1895 M. Ducor, qui vit la malade, pensa à l'actinomycose, et son diagnostic fut vérifié par l'examen histologique, qui révéla la présence de grains d'actinomycose unis à des streptocoques. La tumeur était alors grosse comme une tête de fœtus à terme ; elle occupait tout le côté droit de la face, la bouche déplacée restait entr'ouverte, les lèvres ne pouvant s'accoler.

La peau était vascularisée. La tumeur avait une consistance molle dans la profondeur où elle semblait formée d'un tissu de fongosités, et la périphérie était d'une dureté ligneuse, caractères très spéciaux aux néoplasmes actinomycosiques. La malade fut soumise au traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. 50.

On adjoignit à ce médicament des injections de sérum antistreptococcique, qui firent disparaître du pus les streptocoques. Enfin des injections de teinture d'iode furent faites en pleine tumeur. L'amélioration

fut rapide ; la guérison n'a jamais été complète, car la *restitutio ad integrum* était impossible par suite de l'énorme développement de la tumeur et des déformations consécutives ; mais l'état général redevint bon ; la maladie parasitaire était guérie.

(*Bulletin médical.*)

VI. — Ostéome du maxillaire inférieur.

M. Lejars. — Cette observation concerne une femme de quarante-deux ans, bretonne, ne parlant pas le français et admise à l'hôpital Beaujon. Depuis une dizaine d'années elle portait, au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur, une petite tumeur indolente qui, en ces derniers temps, avait atteint la grosseur d'une châtaigne. Cette tumeur, faisant saillie en dehors et en dedans de la bouche, était dure et faisait corps avec l'os. Depuis peu elle avait donné lieu à des douleurs assez vives. Pas d'anomalies dentaires. L'ablation en a été faite par le ciseau et le maillet, et l'examen histologique a démontré qu'elle était formée de tissu osseux pur. Guérison.

(*Bulletin médical.*)

VII. — Un cas d'actinomycose commençant dans l'appendice vermiforme (*Fairweather*, d'Edimbourg).

L'auteur rapporte le cas d'un malade chez qui les premiers symptômes se manifestèrent par des douleurs dans l'abdomen. On reconnut bientôt qu'il souffrait d'appendicite. A plusieurs reprises des quantités de pus et de matière gélatineuse furent rejetées par la voie intestinale. Une tumeur existait à la région lombaire droite. En l'ouvrant, on y trouva une matière semblable à celle qui avait été évacuée par le rectum, et contenant des granules actinomycosiques.

Au mois d'août on ouvrit la tumeur. L'incision eut lieu un peu au-dessus du tiers extérieur du ligament de Poupart. Une hémorragie très grave se produisit quand on voulut établir une communication entre les cavités antérieure et postérieure de l'abcès. Le malade est mort le 23 février 1895. A l'autopsie on constata que l'orifice de l'appendice vermiforme était fermé, et il existait un kyste contenant du mucus. Il y avait derrière le cæcum une masse d'adhérence qui comprenait aussi l'appendice. Une large surface inflammatoire s'étendait près du péritoine, le long du bord droit de la vertèbre lombaire, jusqu'au diaphragme.

Le malade avait l'habitude de mâcher des graines de céréales, et c'est probablement par cette voie que le fungus s'est introduit.

(*Indépendance médicale.*)

VIII. — Un cas d'actinomycose de l'orbite (*Ransom*, de Nottingham).

Le cas présent est le septième cas d'actinomycose reconnue du vivant du malade, depuis six ans, dans le district de Nottingham.

Mme W..., âgée de 32 ans, a été examinée pour la première fois le 1er novembre 1894. Elle se plaignait alors de souffrir, depuis six semaines, d'une douleur intense à la tempe droite et à l'œil droit. La dernière semaine il y eut un ptosis léger et un peu de gêne des mouvements du

globe oculaire. Des dents de la mâchoire supérieure droite furent extraites, mais cette opération ne fit nullement cesser les douleurs. Lorsqu'elle se présenta, la malade était pâle, épuisée, mais ses facultés mentales étaient intactes. Il n'y avait rien d'anormal ni dans les yeux, ni dans le nez, ni à la joue.

Le 9 novembre, le globe de l'œil droit commença à saillir un peu ; de plus il était rouge ; mais il n'y avait aucune dilatation des veines, ni iritis, ni altération du fond. La vision était bonne. Le Dr Ransom n'a revu la malade qu'en janvier 1895. En exprimant du sinus un peu de pus, il y a trouvé les sphérules caractéristiques des actinomyces ; elles étaient toutes d'une couleur jaune pâle. A cette époque la malade ressentait aussi des douleurs à l'œil gauche et dans la région occipitale gauche. Les mouvements du globe oculaire droit étaient redevenus presque normaux, mais un léger ptosis existait toujours à la paupière droite. La pupille droite avait une tendance à être plus dilatée que la gauche. Il n'y avait pas de parésie. Au point de vue psychique la malade était déprimée, mais paraissait normale.

Au mois de février, on a élargi l'orifice du sinus et, par une incision à la fosse temporale (où l'on n'a trouvé aucun tissu inflammatoire), on a procédé à une ouverture latérale derrière le procès angulaire externe. Des tubes à drainage furent placés dans chaque ouverture et le sinus a été plusieurs fois curetté avec une curette aiguisée. Malgré le drainage et l'usage de l'iodure de potassium, l'état de la malade empira. La température restait très élevée ; de l'irritation et de la confusion mentales se produisirent. Le 29 février la malade devint sourde d'abord de l'oreille gauche, ensuite de la droite. Elle tomba dans le coma et mourut le 28 février.

Les constatations faites à l'autopsie firent croire que le fungus avait eu originairement son siège dans la dent ou près de la dent.

(Indépendance médicale.)

IX. — Deux cas de dents surnuméraires dans le plancher de la narine

Dans le premier cas, le patient avait souffert pendant six ans d'une forte douleur dans tout le côté droit de la face et d'un écoulement purulent de la narine droite. L'ablation d'une dent surnuméraire faisant saillie sur le plancher de la narine droite fut suivie de la disparition de tous les symptômes.

Dans le second cas la dent surnuméraire fut découverte accidentellement en traitant le sujet pour une ulcération spécifique de la cloison nasale. Cette dent fut reconnue pour une canine, mais elle n'avait donné lieu à aucun symptôme en dehors d'un écoulement non purulent de la narine droite.

(Revue internationale de rhinologie, otologie et laryng.)

X. — Un cas d'empyème de l'antre d'Highmore chez un enfant de trois semaines.

On connaît les exemples des personnalités historiques qui étaient porteurs d'une ou plusieurs dents à leur naissance : Richard II, Louis XIV, Mirabeau, etc. Ces dents congénitales ou trop précoces tombent généralement, non sans provoquer des phénomènes d'inflammation de l'alvéole

et de la mâchoire. Cette anomalie dentaire se rencontre très rarement, puisque sur 22.000 nouveau-nés M. Greidenberg, l'auteur du cas résumé ci-après, ne l'a pas rencontrée une seule fois.

Il s'agit d'un enfant né à terme d'une mère bien portante et d'un père syphilitique. La grossesse eut un cours normal; au milieu de celle-ci on raconta à la mère le cas d'un enfant né avec une dent, mais à l'époque cela ne fit aucune impression sur elle. Quelques heures après l'accouchement, qui fut normal, la mère inquiète tout de même de savoir si son enfant n'avait pas de dents, demande à la sage-femme d'explorer la bouche de l'enfant. La sage-femme n'a rien constaté d'anormal à l'exploration. L'enfant était nourri au sein, mais il avait des vomissements fréquents. Trois semaines après la naissance, au milieu de la nuit, l'enfant devient agité et ne cesse de crier. Le lendemain, on s'aperçoit qu'une tuméfaction entame l'œil gauche. La tumeur augmente rapidement de volume et occupe bientôt toute la moitié gauche de la face, elle devient rouge et l'on remarque dans la cavité buccale, sur la gencive gauche supérieure, la présence d'un petit point blanc. Ce point croît rapidement: les parents constatent que c'est une dent, qui est tombée dès qu'ils l'ont touchée.

A l'examen, l'auteur observe ce qui suit: enfant chétif, agité. Température 29°. La tumeur déjà décrite est légèrement fluctuante dans un point situé au-dessous de la paupière. La dent tombée est d'un blanc mat, vide à l'intérieur, à parois très minces, presque transparente, la racine est assez large. Diagnostic : empyème de l'antre d'Highmore ; l'intervention jugée nécessaire est acceptée.

Le lendemain, la tuméfaction de la face a augmenté. L'œil gauche est complètement fermé par la paupière inférieure œdematiée; la rougeur est plus prononcée et la fluctuation très nette. Une sonde introduite dans l'alvéole ne pénètre pas en haut. On incise la partie fluctuante de la tuméfaction, d'où il s'écoule une demi-cuillerée à café de pus. La sonde boutonnée pénètre facilement en bas et l'on sent très nettement son bout inférieur à travers l'alvéole de la dent tombée. L'ouverture de l'alvéole est agrandie, il s'en écoule une petite quantité de pus sanguinolent : la cavité bien nettoyée par la curette, on établit ainsi la communication entre la plaie cutanée de la face et l'ouverture pratiquée dans l'alvéole. On fait, à travers cette dernière, des irrigations avec de l'eau boriquée à 2 0/0, le liquide s'écoule en partie par la narine gauche, en partie par la plaie de la joue. La cavité est remplie par un tampon de gaze iodoformée.

Le lendemain de l'opération, un mieux sensible s'établit, la température tombe à 38°, mais le surlendemain l'exophtalmie est plus prononcée et l'on constate l'apparition d'une nouvelle tuméfaction fluctuante, un peu au-dessus et en dehors de la première, c'est-à-dire correspondant à l'os malaire gauche. Après avoir incisé la tuméfaction, on pénètre avec la sonde dans la cavité buccale à travers l'alvéole de la dent tombée, et l'on sent très bien la présence d'un os dénudé, à surface rugueuse ; la sonde pénètre, en outre, très facilement, par les deux plaies cutanées, dans la cavité nasale gauche.

Deux jours après cette opération la température devient normale, mais le pus continue à s'écouler par la narine gauche et la plaie cutanée; ce pus fait supposer la présence d'un séquestre. En effet dans l'espace d'un mois on extrait par la plaie cutanée cinq petits séquestres. Après l'extraction du dernier séquestre, l'amélioration devient très rapide, le pus disparaît définitivement.

D'après l'auteur, l'apparition précoce de la dent serait due, dans le cas

présent, à une périostite du maxillaire supérieur, périostite qui serait elle-même la manifestation de la syphilis héréditaire (père syphilitique).

(*La Revue médicale.*)

XI. — Forme molle et térébrante de cancer du maxillaire inférieur.

M. Lemichez. — Il s'agit d'un homme de 56 ans, sans antécédents morbides.

A son arrivée à l'hôpital, il est porteur d'une néoplasie qui occupe tout le rebord alvéolo-dentaire de la moitié gauche du maxillaire inférieur, et voici les renseignements qu'il nous fournit :

Il y a environ deux mois, il a remarqué une production molle, du volume du pouce environ, au niveau de la dernière grosse molaire inférieure gauche. Il ne peut nous préciser quel était à cette époque l'état des dents à ce niveau, si elles existaient encore ou non, s'il y avait un chicot dentaire. Tout ce qu'il sait, c'est que trois semaines avant de se présenter à nous, il a fait enlever trois racines correspondant aux petites molaires et à la canine. Cette avulsion a, du reste, été des plus simples, car les dents étaient fortement ébranlées et tenaient à peine.

Avant de constater quoi que ce soit, il aurait eu pendant sept ou huit jours du même côté du maxillaire inférieur des douleurs affectant la forme névralgique.

Le développement de cette production nouvelle s'est fait rapidement d'arrière en avant en suivant le rebord alvéolo-dentaire. Au dire du malade, elle a été plus volumineuse ; elle était à son maximum trois semaines auparavant. A cette époque, elle soulevait nettement la joue, faisait fortement saillie dans la bouche, et gênait notablement la mastication.

A plusieurs reprises, il s'y est formé des collections purulentes qui se sont ouvertes spontanément et que le malade a rejetées par l'expectoration.

A son entrée, voici ce que l'on constate : la bouche étant largement ouverte, on voit une production végétante suivant exactement l'arcade alvéolaire du maxillaire inférieur dans toute sa moitié gauche. Elle mesure environ deux centimètres et demi de largeur, et s'étend depuis la symphyse du menton jusqu'au point qui unit le corps du maxillaire avec la branche montante. Sa hauteur arrive au même niveau que les dents si elles existaient encore. Du côté externe elle descend jusqu'au voisinage du sillon gingivo-molaire. A la face interne du maxillaire elle se prolonge et atteint le plancher de la bouche.

Elle est uniformément développée dans toute son étendue et présente à sa surface de petites granulations ressemblant à des bourgeons charnus à leur début. Son aspect peut encore être comparé à celui d'une fraise dont les graines auraient acquis un volume plus considérable que d'habitude.

La surface est légèrement ulcérée et laisse transsuder une sécrétion muco-purulente, donnant à l'haleine du malade une odeur fétide. En certains points même, par la pression, on fait sourdre quelques gouttelettes de pus jaunâtre.

Signalons encore en certains points la présence de productions villeuses tremblottantes, blanchâtres, ressemblant à des bourgeons charnus exsangues, et d'une dépression correspondant probablement aux dents enlevées.

La consistance est molle, spongieuse, comparable à du mou de veau et nulle part on ne sent de dents incluses.

La palpation n'est pas douloureuse, mais il suffit d'un simple attouchement pour déterminer l'écoulement abondant d'un sang veineux, noirâtre.

A la périphérie n'existe pas ce bourrelet induré qu'on trouve habituellement dans l'épithélioma.

La tumeur est uniformément très molle — c'est un caractère sur lequel j'insiste, — et il est impossible de reconnaître par le palper si elle reste limitée au rebord alvéolaire ou si elle gagne plus profondément. Ce qu'il y a de certain, c'est que le bord inférieur du maxillaire n'est pas épaissi et a un accès normal.

Dans la région sous-maxillaire, du côté correspondant à la tumeur, il existe trois ou quatre ganglions, gros comme des amendes, non douloureux et agglutinés. Un ganglion semblable se voit au niveau de la symphyse du menton. Dans la région sous-maxillaire du côté sain on trouve également quelques ganglions, mais ils sont moins volumineux que du côté malade.

L'état général du sujet est resté le même; il n'y a eu ni amaigrissement, ni perte de forces. C'est un homme maigre, mais bien musclé ; il est, du reste, de la campagne, et travaille tous les jours aux champs.

Si l'on veut porter d'emblée un diagnostie précis, on se trouve embarrassé, car cette production nouvelle présente des caractères qui la rapprochent à la fois de la gingivite chronique et du cancer des mâchoires.

L'existence d'une tumeur végétante, à développement rapide, avec adénite non inflammatoire et sécrétion d'un ichor ressemblant à celui d'un épithélioma ulcéré, chez un homme de 56 ans, fait tout naturellement penser à un épithélioma. Il nous manque le bourrelet périphérique induré, et la tumeur a une consistance mollasse qui n'est pas ordinaire.

Cependant le diagnostic nous paraît devoir être celui du cancer, en raison de la rapidité d'évolution du mal.

Le 20 février, M. Duret se décide à une des deux interventions suivantes : ou à une résection du maxillaire inférieur, s'il s'agit d'un cancer, ou à un simple curage du rebord alvéolaire, si l'on se trouve en présence d'une production fongueuse.

L'incision cutanée est faite comme pour une résection, et à peine a-t-on relevé le lambeau supérieur et mis à nu la face externe du maxillaire, qu'il n'y a plus le moindre doute sur la nature de la tumeur. Le maxillaire est, en effet, rongé dans la plus grande partie de sa hauteur, et il ne reste plus qu'un mince feuillet du bord inférieur dans un point correspondant à peu près à la première grosse molaire. C'est donc bien certainement un cancer de la mâchoire.

Dans ces conditions, M. Duret fait la résection large du maxillaire, et fait en même temps l'ablation des ganglions envahis. L'opération est conduite rapidement et ne présente rien à noter. Malheureusement le malade ne peut la supporter, et il succombe quatre jours après à des poussées de congestion pulmonaire. L'autopsie nous donne, du reste, la raison de cette complication : il y a de la surcharge graisseuse du cœur et de la dégénérescence de même nature du myocarde. Le foie présente la même lésion à un haut degré. Il y a de l'œdème du poumon et quelques noyaux de broncho-pneumonie, particulièrement dans le lobe inférieur droit. Les autres organes ne présentent rien d'anormal.

La plaie opératoire est un peu fongueuse, et l'hypothèse d'une mort par septicémie ne saurait être complètement éliminée, à cause du mauvais état de la bouche, que nous avions cependant pris soin de désinfecter par des lavages fréquents. La température s'est maintenue au degré normal la plupart du temps; elle a atteint 39°, seulement la veille de la mort.

En résumé, il s'agit d'un homme dont la résistance vitale atténuée par des dégénérescences d'organes importants n'a pas été suffisante pour lui permettre de supporter une opération sérieuse, et surtout les complications pulmonaires.

L'examen histologique de la tumeur fait après l'opération par M. le professeur Augier a confirmé notre diagnostic.

Des coupes pratiquées dans un joint de la tumeur qui se continue avec la muqueuse saine montrent nettement que les masses épithéliales néoplasiques sont en continuité directe avec l'épithélium de revêtement de la surface de cette muqueuse. On voit assez brusquement la partie profonde de l'épithélium pavimenteux stratifié émettre des bourgeons volumineux qui s'enfoncent dans le derme sous-jacent et se substituent à lui. Ces bourgeons ont la forme de masses irrégulières, sont formés par des éléments épithéliaux jeunes, peu cohérents. Nulle part on ne constate leur transformation cornée, et par conséquent de tendance à la formation de globes épidermiques.

Si l'on suit par la coupe les masses épithéliales depuis leur base d'implantation jusqu'à leur sommet, on constate que les prolongements villeux sont formés presque exclusivement par des masses épithéliales en couches continues ou bourgeonnements.

Les parties de ces bourgeons épithéliaux qui sont superficielles externes, ou qui ont par conséquent été le siège de frottements, présentent une couche cornée assez épaisse; mais nulle part, soit dans l'épaisseur de ces couches, soit dans le centre des villosités, on ne trouve de globes épidermiques, malgré l'épaisseur considérable des assises épithéliales.

La nutrition et le développement des bourgeons épithéliaux sont assurés par un très petit nombre de vaisseaux inclus dans une charpente conjonctive de nature embryonnaire. En somme, sur les coupes soit longitudinales, soit transversales, le développement des masses épithéliales est bien supérieur à celui du tissu vasculo-conjonctif de soutènement.

Il s'agit donc d'un épithélium végétant sans transformation cornée, dont le point de départ est le revêtement épithélial de la muqueuse gingivale.

La consistance molle doit sans doute être attribuée à la rapidité d'évolution de la tumeur et à sa disposition papillomateuse.

(Société anotomo-clinique de Lille. Journal des Connaiss. médicales.)

DENTISTERIE OPÉRATOIRE.

SUR L'EXTRACTION DES DENTS

PAR M. CAZEAUX, D. E. D. P., de Dunkerque.

Nous recevons la note suivante, que nous reproduisons volontiers, à propos de l'article publié en janvier 1897 sur la théorie de l'extraction des dents, par MM. Godon et Serres.

N. D. L. R.

Les daviers ne sont que des leviers, et comme preuve qui ne peut manquer de nous convaincre, bien souvent il arrive qu'une prémolaire saute hors de son alvéole à la seule application de l'ins-

trument, qu'il s'agisse d'une prémolaire inférieure ou de la deuxième supérieure, à moins que la première ne ressemble à la seconde, c'est-à-dire n'ait qu'une racine. Ce fait ne se produit qu'avec ces dents-là.

Cela s'explique parce que les mors du davier agissent comme deux pieds-de-biche, c'est-à-dire *deux leviers*, chassent la dent hors de son alvéole à la simple pression produite en faisant glisser ce dernier pour mieux saisir la dent.

Le pied-de-biche agit bien comme le pic du paveur ainsi que l'indiquent MM. Godon et Serres et c'est là la seule explication ou théorie à donner. Celui-ci ne serait qu'un mors de davier emmanché (comparez avec le mors du davier à bicuspidée) et *vice versa*, c'est-à-dire que les daviers surtout à petites molaires seraient semblables au pied-de-biche.

Comment extrait-on une racine à l'aide de ce dernier instrument ? On emboîte la dite racine absolument comme dans le davier, et on sait le reste.

Pour ce qui est du choix des daviers on a plus de force avec ceux à longues branches, mais forts, etc., qu'avec ceux plus petits (je parle des daviers anglais).

Ceux-ci, plus petits, conviennent très bien quand les dents sont très cariées ; on peut les enfoncer plus haut dans l'alvéole ; mais, je le repète, les daviers forts et à longues branches sont souvent, dans la majorité des cas, les seuls capables d'avulser une dent fortement tenue, c'est-à-dire les grosses molaires.

En résumé, les daviers américains sont les plus pratiques ; mais ayons également les autres, c'est-à-dire les daviers anglais, plus petits, car ces derniers sont appelés à nous rendre parfois de grands services.

Quant aux serrations à la partie interne des mors, elles sont absolument inutiles ; je partage à cet égard l'opinion émise dans l'annonce qui était sur la couverture de ce journal. Ce sont tout bonnement des nids à microbes ; le nettoyage en est long et difficile ; combien de fois, malgré tous les soins apportés à leur entretien, ne trouvons-nous pas du tartre resté quand même dans les dites serrations ! Et puis elles ne portent pas toujours sur la dent à extraire. N'avons-nous jamais sur une dent avulsée retrouvé la trace de ces raies ?

MOYEN D'EMPÊCHER LE MIROIR LARYNGIEN DE SE COUVRIR DE BUÉE.

On sait qu'avant d'introduire le miroir laryngien dans la gorge du sujet que l'on désire soumettre à l'examen laryngoscopique, on est obligé de bien chauffer l'instrument afin qu'il ne se ternisse pas aussitôt par l'haleine du patient. Au bout d'un certain temps, le miroir s'étant refroidi, la vapeur d'eau vient s'y déposer, de sorte qu'il faut retirer le laryngoscope et le chauffer à nouveau, si l'on veut continuer l'examen. Cette nécessité du chauffage du miroir ne constitue d'habitude qu'un inconvénient de médiocre importance ; cependant elle

peut devenir gênante lorsqu'il s'agit de pratiquer un examen prolongé. Pour les cas de ce genre, M. le docteur A. Kirstein (de Berlin) recommande un procédé fort commode permettant d'éviter le chauffage, et qui est le suivant :

On dépose sur le miroir laryngien, qui doit être parfaitement sec, une parcelle de savon mou de potasse, et on le frotte ensuite avec un linge sec auquel on imprime des mouvements circulaires, jusqu'à ce qu'il redevienne brillant. L'haleine du sujet peut alors venir au contact du miroir sans que le pouvoir réflecteur de celui-ci soit suffisamment altéré pour empêcher l'examen laryngoscopique. La raison de ce fait est que la légère couche de savon déposée sur la surface réfléchissante absorbe la vapeur d'eau, tout en restant transparente.

(*Sem. méd.*, nº 10, 1897.)

ÉCHOS DE PARTOUT

Par Maxille R. [1].

Dans le but d'éviter les *nausées* pendant la prise d'une empreinte, il est recommandé de faire inhaler des vapeurs d'alcool camphré, jusqu'à ce que le patient ait perdu la sensation de l'odeur du camphre.

Un peu d'alcool camphré versé sur une serviette est également donné à respirer jusqu'à ce que l'empreinte soit retirée de la bouche.

(*Dental Headlight.*)

*
* *

Pour arrêter une *hémorragie* après une extraction dentaire, il existe un procédé bien simple, consistant à passer un fil de soie double des deux côtés de la gencive, et à le nouer d'une façon serrée sur le bord alvéolaire. On peut se servir d'une aiguille ordinaire recourbée. Au bout de 48 heures, les deux fils seront enlevés.

(*Cosmos.*)

*
* *

Un cas *d'abcès du cerveau* d'origine dentaire ayant déterminé une issue fatale a été relaté par le Dr Silax dans une des dernières séances de la Société médicale de Berlin. Le patient, un garçon de 12 ans, se plaignait de douleurs lancinantes avec exophtalmie d'un œil. L'ouverture du sinus frontal resta sans résultat. Une méningite infectieuse se déclara au bout de neuf jours. L'autopsie montra que la face supérieure du cerveau était recouverte d'une

---

1. Ce pseudonyme cache un nom bien connu de nos lecteurs, celui de Lepère Hioste. Une théorie nouvelle ayant changé la nature de l'organe dont le nom avait été pris par notre collaborateur, force a bien été à celui-ci de faire peau neuve également, et de signer autrement.

N. D. L. R.

épaisse couche de pus ; seule, la base du cerveau était libre de pus. Cet abcès évoluait depuis un certain temps déjà, mais il avait occasionné des désordres jusqu'alors de peu d'importance ; il avait été causé par une inflammation de l'antre d'Higmore provenant elle-même d'une molaire cariée.

(*Zahntechnische Reform.*)

*
* *

De chez le dentiste au poste de police. — On écrit de Sidney au journal de Francfort :

Qu'un patient finisse par se faire arrêter par un agent de la force publique pour s'être fait extraire une dent, cela ne se voit pas tous les jours ; c'est pourtant ce qui est arrivé à un brave habitant de Melbourne. Ce personnage s'était rendu chez son dentiste, qui lui avait injecté quelques gouttes de cocaïne dans la gencive. L'opération avait fort bien marché ; mais, à peine sorti de la maison du praticien, une sorte de surexcitation nerveuse s'empara de l'opéré qui, sans façon, se rendit au palais du gouverneur dans l'intention, comme il le criait lui-même, d'expirer dans ses bras. Il fut non sans peine emmené au poste de police voisin, où, après un séjour de quelques heures, la raison lui étant revenue, il fut relâché, après explication.

*
* *

Symptôme *d'empoisonnement* par l'emploi de la *cataphorèse* : Le Dr Moore, de Francfort sur le Main, a pu se rendre compte d'un cas d'empoisonnement qui s'est déclaré en faisant agir de la cocaïne sur la pulpe d'une dent au moyen d'un courant électrique. Après avoir fait de minutieuses recherches pour découvrir la cause de cet accident, il se convainquit que le foramen apical était très ouvert, de sorte que la cocaïne avait pu être rapidement entraînée dans l'organisme.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

*
* *

Contre *l'eczéma chronique* des lèvres J. V. Schœmacker recommande :

Rp.	Acide salicylique	āā 1,25
	Soufre sublimé	
	Camphre pulvérisé	āā 0,60
	Acide phénique	
	Pommade rosa	āā 15,00
	Pommade de benzoate d'oxyde de zinc	

Mds. Usage externe.

(*Excerpta medica.*)

*
* *

Dans une récente réunion de la Société odontologique de

Genève, M. J. H. Blanc a donné communication *d'un cas d'hémorragie pulpo-radiculaire* observé chez un convalescent, lequel arrivait du Mexique où il avait été grièvement atteint par la fièvre jaune.

Ce patient présentait un caractère de débilité générale très prononcé ; facies mauvais ; il souffrait des deux dents de sagesse inférieures, dont il demandait l'extraction. Ces deux dents, fortement cariées, avaient leurs pulpes découvertes ; leur extraction était indiquée ; mais, en présence de l'état peu satisfaisant du patient, la cautérisation des pulpes fut décidée.

Lorsque deux jours plus tard le client revint, l'extirpation des pulpes détermina des hémorragies ; un sang clair et peu liant s'échappait avec abondance des deux cavités pulpaires. Le tamponnement des radiculaires, puis l'occlusion de la cavité coronale avec de la gutta-percha arrêtèrent le violent écoulement sanguin.

Le jour suivant, nouvelle visite pour continuer le traitement ; mais aussitôt que les cavités furent débarrassées des matières obturatrices, les hémorragies récidivèrent. Les dents furent encore une fois réobturées à la gutta. Il n'a pas été possible de suivre ce cas, le patient ayant dû se rendre à l'étranger.

A propos de cette observation, M. L. Guillermin se souvient avoir lu dans une publication professionnelle la relation d'un cas semblable d'hémorragie survenue après une attaque de fièvre jaune (il est probable que cette maladie produit une altération des éléments sanguins). Il croit que M. Blanc a judicieusement agi en refusant d'extraire les dents précitées, à cause de la probabilité des hémorragies qui auraient pu se déclarer à la suite des extractions.

*
* *

Empyème de l'antre d'Higmore. — H. L. Wagner, dans le *New York medical journal* relate l'observation d'un cas d'inflammation séro-putride du sinus maxillaire provenant de l'intoxication chronique par le plomb. Une partie du tissu muqueux tapissant les parois du tissus ayant été détachée et traitée par le sulfate de soude, la réaction qui s'en dégagea démontra la présence du plomb.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

*
* *

Décès par rétention d'une pièce de prothèse dans le larynx. — F. T..., de Brixton (Angleterre), qui souffrait d'une bronchite aiguë, oublia un soir d'enlever son appareil pendant le sommeil. Cette petite plaque avec ses deux dents artificielles glissa dans le larynx et occasionna de fortes douleurs au patient. Un médecin fut appelé pendant la nuit même, qui fit sans résultats plusieurs tentatives pour retirer l'appareil. Le jour suivant le patient fut conduit à l'hôpital de Westminster. On procéda à de nouveaux essais à l'aide de pinces pour saisir la plaque, mais tous échouèrent. Fina-

lement une opération fut décidée dans l'intention de faire sortir ces dents artificielles par la partie antérieure du cou ; cette dernière tentative ne réussit pas mieux que les précédentes, et le patient trépassa à la suite de l'opération.

(*Correspondenz-Blatt für Zahnärzte.*)

*
* *

Décès occasionné par une dent obturée. — Un contrôleur de chemin de fer s'était fait obturer deux dents. Comme l'une de ces dents devint très sensible et qu'elle détermina un abcès avec fluxion, elle fut extraite. Mais il était déjà trop tard, car malgré une consultation de trois docteurs en médecine, il ne fut pas possible de combattre l'infection et, quatre jours après l'extraction, le malade succomba à la suite d'un empyème de la cavité thoracique.

(*Correspondenz-Blatt für Zahnärzte.*)

*
* *

A Rockendorf (Allemagne) une demoiselle de bonne famille, qui devait se marier huit jours plus tard, avala sa pièce portant neuf dents artificielles. L'appareil s'arrêta dans l'œsophage un peu au-dessus du cardia. Sur le conseil de son médecin, elle se rendit à la clinique chirurgicale d'Iéna, où l'on procéda immédiatement à l'œsophagotomie. L'opération, conduite avec succès, permit de retirer la pièce, et la guérison de la plaie se fit assez rapidement.

Pour reconnaître le point précis où s'est arrêtée une pièce artificielle lorsqu'elle a été déglutie, la merveilleuse découverte du professeur Rœntgen permettant d'obtenir une plaque photographique par l'action des rayons X est des plus utiles. Pour les appareils en caoutchouc, les anneaux métalliques et les dents artificielles sont seuls visibles, car la plaque de caoutchouc laisse passer les rayons.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

*
* *

Lors de la dernière assemblée de la Société des dentistes du Schleswig-Holstein, le D[r] Fericke, de Kiel, a présenté une *oreille artificielle*, confectionnée pour une jeune dame de Lübeck.

Cette personne ne portait qu'une oreille à sa naissance ; le pavillon, soit tout l'organe externe du côté droit, manquait ; à la place on ne voyait qu'un petit bourrelet de peau percé au centre. Une empreinte ayant été prise, une oreille fut modelée, puis reproduite en papier mâché. Elle est solidement maintenue sur la personne au moyen d'un peigne à bandeau et d'un ressort d'acier plat s'emboîtant sur la tête, par-dessus lequel s'étage la coiffure. L'orifice du bourrelet de peau est en rapport avec une ouverture

pratiquée à l'oreille artificielle, laquelle a une apparence très naturelle.

(*Odontologische Blätter.*)

*
* *

Un *or spongieux* plastique, se condensant d'une façon absolue, sans choc, a toujours été le rêve du dentiste.

Après de longues recherches, MM. le Dr Redard, F. Nagy, chirurgien-dentiste, et Cie sont arrivés à obtenir cet or.

Sous peu il sera dans le commerce. Nous attirons l'attention de tous ceux qui s'occupent de chirurgie dentaire sur ce produit, qui entraînera une révolution dans l'art de l'aurification.

Cet or nouveau, chimiquement pur, a pour marque de fabrique : Or spongieux, Genève, Dr Redard, Nagy et Cie.

(*Revue trimest. suisse d'Odontologie.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER.

UN NOUVEL HÉMOSTATIQUE, LA FERRYPIRINE.

Le Dr Frohman, dentiste à Berlin, a récemment fait connaître à la profession les résultats de ses expériences sur la ferrypirine, et prétend qu'elle possède de grandes propriétés hémostatiques. Son application dans plus de 100 cas d'hémorragie rebelle a donné d'excellents résultats. Il y eut rarement des récidives, et, quand il s'en produisit, une application nouvelle les arrêta définitivement.

La ferrypirine est une combinaison de 1 partie de chlorure de fer, 3 parties d'antipyrine et 5 d'eau. C'est un liquide rouge sombre, qu'on peut se procurer chez les droguistes; il a une saveur agréable et son emploi est facile. En cas d'extraction au maxillaire inférieur, se servir d'une petite cuiller et introduire une faible quantité du mélange dans l'alvéole ; au maxillaire supérieur appliquer dans l'alvéole une boulette d'ouate saturée du liquide ; on obtient un soulagement immédiat, et une application suffit d'ordinaire.

(*Journal für Zahnheilkunde.*)

EMPLOI DE L'EUCAÏNE EN DENTISTERIE.

Comme l'administration de l'eucaïne est subordonnée à une quantité de considérations d'ordre technique, il est bon de donner les recommandations suivantes formulées par un chirurgien-dentiste éminent, qui a une grande expérience de cet agent :

1° Je dissous une partie d'eucaïne dans 10 parties d'eau, et fais

bouillir la solution. Avant l'injection, la solution doit être très claire. On la conserve le mieux dans de petits flacons de verre bouchés ;

2° Avant l'extraction, je désinfecte la muqueuse complètement, en la lavant avec un tampon d'ouate imbibée d'eau oxygénée ou d'une solution à 2 0/0 d'acide phénique ;

3° Je procède à l'injection en insérant l'aiguille dans les gencives, à environ moitié chemin des alvéoles, et je n'injecte de la solution que la quantité nécessaire pour blanchir et soulever légèrement la muqueuse dans le voisinage.

Il est très important de ne pas injecter la solution à la jonction entre les gencives et la muqueuse de la joue ;

4° L'extraction se fait environ une minute après, quand le patient a senti l'anesthésie, et non pas immédiatement après l'injection ;

5° Après que l'hémorragie a cessé, j'enlève la solution d'eucaïne en ponctурant avec l'aiguille et en pressant sur la partie avec mon doigt ;

6° Des enflures légères se produisent presque toujours après chaque extraction avec la résection. Si l'opérateur a employé beaucoup d'eucaïne et surtout si celle-ci a été injectée près de la jonction des gencives avec la muqueuse de la joue, de façon à craindre un œdème, il faut informer le patient qu'il y aura probablement de l'enflure, mais qu'elle sera absolument indolore et qu'il en sera débarrassé en un jour ou deux. Je considère cette enflure comme tout à fait dépourvue de danger, car elle est complètement indolore et cesse très rapidement, et parce que je n'ai jamais observé d'autres symptômes secondaires.

(*Ash and Sons' Quarterly Circular.*)

L'HOLOCAÏNE.

Encore un nouvel anesthésique local, présenté par le Dr G. Gutmann (de Berlin), qui vient de publier le résultat de ses expériences sur des lapins, ainsi que des essais sur des malades de sa clinique ophtalmologique.

Ce nouvel analgésique local est une substance qui fait partie du groupe des *éthénylamides*, et qui est obtenu par une combinaison moléculaire de la *phénacétine* et de la *phénétidine* avec élimination d'eau.

Le chlorhydrate d'holocaïne est un corps cristallin qui est soluble dans l'eau dans la proportion de 2,5 0/0.

On obtient l'insensibilisation de la cornée en employant une solution à 1 0/0. Cependant il a été observé que l'instillation de 3 à 5 gouttes de cette solution produit une légère cuisson, ce qui n'arrive pas avec la cocaïne. En *une* minute, l'analgésie cornéenne est complète, et dure près de dix minutes. La conjonctive s'insensibilise en même temps, mais moins profondément cependant.

D'après M. Gutmann, l'holocaïne présenterait sur la cocaïne l'avantage de produire une analgésie plus rapide et plus durable, de n'influencer

ni la pupille ni la pression intra-oculaire, et enfin d'insensibiliser même les tissus enflammés. Par contre, l'holocaïne offrirait vis-à-vis de la cocaïne l'inconvénient qu'elle ne peut être employée en injections sous-cutanées ou sous-conjonctivales ; en effet, des expériences pratiquées sur des animaux ont montré qu'une injection hypodermique de 0 gr. 01 centigr. provoque chez un lapin des convulsions tétaniques. Cette constatation est peu encourageante, et amoindrit singulièrement les avantages de l'holocaïne sur la cocaïne. M. Gutmann signale un autre désavantage qui consiste en ce que cette solution ne peut être stérilisée que dans des récipients en porcelaine, car si on la chauffe dans un flacon de verre, une partie du sel se décompose sous l'influence des substances alcalines contenues dans le verre (?).

Nous avouons ne pas bien comprendre pour quelles raisons ce médicament est plus stable dans la porcelaine que dans le verre, et nous attendons des expériences plus concluantes.

G. V.

L'HOLOCAÏNE EN OPHTALMOTHÉRAPIE.

A la séance du 27 mars 1897 de l'Académie de médecine de Belgique, M. Deneffe a déclaré avoir fait usage de ce nouvel anesthésique local à la clinique ophtalmologique de Gand. Dans plusieurs interventions chirurgicales de la cornée il a obtenu une anesthésie complète et supérieure à celles données par la cocaïne ou l'eucaïne.

Si on laisse tomber sur la muqueuse palpébrale *une* goutte d'une solution aqueuse d'*holocaïne* à 1 0/0, puis une autre goutte après quinze secondes, et enfin une troisième goutte, on obtient en trois minutes une anesthésie complète de l'œil, sans voir survenir le moindre inconvénient. Il ne se produit pas de mydriase, on ne note ni ischémie ni douleur, enfin on ne constate jamais de troubles de l'accommodation. Ces résultats ont été constants, et jusqu'ici M. Deneffe croit pouvoir considérer l'holocaïne comme destinée à remplacer avantageusement la cocaïne et l'eucaïne en thérapeutique oculaire.

(*Sem. Méd.* n° 15.)

STATISTIQUE DES ANESTHÉSIES PENDANT LES ANNÉES 1895 ET 1896.

M. Gurlt (de Berlin) a communiqué au vingt-sixième congrès de la Société allemande de chirurgie la statistique suivante : le total des narcoses dans le courant des deux dernières années est de 58.769, sur lesquelles on compte 32 décès, c'est-à-dire 1 décès pour 1.836 anesthésiés. La statistique des sept dernières années s'élève à 327.599 narcoses avec 134 décès, ce qui donne la proportion de 1 mort pour 2.444 anesthésiés.

Le *pental* a fourni une moyenne de 1 décès sur 230 narcoses ;

le *chloroforme* 1 sur 2.039; la méthode mixte de Billroth (*morphine, chloroforme et alcool*) 1 sur 3.807 ; l'*éther* 1 sur 5.090 ; le *bromure d'éthyle* 1 sur 5.228 ; l'anesthésie mixte par le *chloroforme et l'éther* 1 sur 7.594.

Parmi les accidents notés dans ce même laps de temps nous relevons, entre autres, une néphrite parenchymateuse consécutive à la chloroformisation.

Les narcoses à l'éther ont de nouveau occasionné un certain nombre de bronchites et de pneumonies. On a relaté, en outre, des cas d'anesthésies produits par l'inhalation de cet anesthésique.

(*Sem. médic.*, n° 20 ; 87.)

LES BACTÉRIES DE LA STOMATITE APHTEUSE.

Dans 14 cas de stomatite aphteuse examinés par M. Stoos, de Basilea, ce dernier a trouvé : 1° constamment un gros diplo-streptocoque différent de tous les streptococques vivant dans la bouche des individus sains ; 2° des staphilocoques, albus, aureus et citreus ; 3° des coccus conglomérés; 4° des bacilles et des spirilles. D'après l'auteur, le premier est peut-être l'agent spécifique.

(*La Clinica moderna.*)

LA LORETINE.

La *loretine* est une nouvelle préparation à l'iode qui a l'aspect d'une poudre brillante jaune, présentant sur l'iodoforme l'avantage d'être inodore et dépourvue de toxicité. Elle remplace ce dernier dans le traitement des pulpes en putréfaction, des dents sans pulpe, des dents abcédées avec ou sans ouverture fistuleuse.

(*Zahnärztliches Wochenblatt.*)

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

RAPPORT PRÉSENTÉ A L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DU SUD-EST DE LA FRANCE SUR LE CHLORURE D'ÉTHYLE.

Par M. Jules Camoin.

C'est avec une profonde émotion que vous avez dû lire, dans le journal *L'Odontologie*, de mars 1896, le compte rendu du procès intenté par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France à notre confrère D***, de Montbéliard, dentiste non diplômé, pour avoir fait usage du chlorure d'éthyle comme anesthésique, contrairement à la loi du 30 novembre 1892.

Le rapport de l'expert commis à cet effet par le tribunal correctionnel conclut :

« Quand on prononce le mot anesthésie sans qualificatif, c'est de » l'anesthésie générale qu'il s'agit; la prohibition faite aux dentistes non » diplômés ne saurait comprendre des agents d'anesthésie locale, abso- » lument inoffensifs, comme le chlorure d'éthyle. »

Le tribunal, ne retenant que le mot : « anesthésie » — expression contenue dans l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 — a dit : « qu'il » fallait comprendre non seulement l'anesthésie générale, mais aussi » l'anesthésie locale ; que les travaux législatifs étaient formels sur ce » point » ; a déclaré : « le prévenu suffisamment convaincu du délit » qui lui est reproché, et pour réparations l'a condamné à seize francs » d'amende et un franc de dommages-intérêts à la partie civile » ; et dit : « qu'il sera sursis pendant cinq ans à la peine d'amende ci-dessus ».

Il est profondément regrettable que notre confrère de Montbéliard n'ait pas cru devoir faire appel de ce jugement, car le journal même[1] du Syndicat des chirurgiens-dentistes de France nous dit que la question posée à l'expert était :

« Le chlorure d'éthyle constitue-t-il un anesthésique, au sens de l'arti- » cle 32 de la loi du 30 novembre 1892 ? » Et il ajoute : « Il faut recon- » naître que la question ainsi posée était entachée de vice de complexité, » car elle contenait une partie scientifique et une partie juridique. La » seule question qui pouvait être posée à l'homme de l'art eût dû être » celle-ci :

» Le chlorure d'éthyle est-il un anesthésique ? »

Il ne s'agit pas de jouer sur les mots ; c'est, je crois, ce qu'a voulu faire le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, en voulant faire admettre par le tribunal de Montbéliard que le chlorure d'éthyle est un anesthésique.

Si le mot anesthésique s'emploie commercialement ou même scientifiquement, pour indiquer que tel ou tel médicament a une action produisant des effets anesthésiques, il ne ressort pas de là que ce médicament doive être classé comme tel ; c'est le cas du chlorure d'éthyle.

Le dictionnaire de Trousset dit :

« Les anesthésiques locaux sont ceux qui s'appliquent directement sur » la partie que l'on veut rendre insensible ; ce sont les mélanges réfri- » gérants, la glace, l'électricité. »

Dans une brochure qu'a fait paraître André, pharmacien-chimiste, sur le chlorure d'éthyle, il est dit :

« L'application en jet capillaire du chlorure d'éthyle est due à M. le » professeur Redard, de Genève ; comme ses congénères, c'est princi- » palement au froid produit par son évaporation bien plus qu'à ses » propriétés anesthésiantes qu'est due l'action exercée localement par » le chlorure d'éthyle.

« Cet effet réfrigérant, qui est très convenable pour produire l'insen- » sibilisation, n'est pas exagéré et n'offre aucun des dangers des agents » plus puissants ; il n'est ni irritant ni caustique, et de tout ceci il ré- » sulte que les médecins pourront, quand ils le jugeront utile, en aban- » donner l'application *aux malades eux-mêmes.* »

Le docteur Paillasson, dans son traité sur les principaux anesthésiques employés dans la chirurgie dentaire, dit (*page* 92) : « L'anesthésie » locale n'a aucune influence sur nos centres nerveux ; son action se » limite aux points qui doivent être soumis à des traumatismes doulou- » reux ».

Dastre, professeur de physiologie à la Sorbonne, dit sur les anesthé-

---

1. Voir la note, page 347.

siques, à propos de réfrigération directe par le chlorure d'éthyle (*page* 279) :

« Le chlorure d'éthyle est un corps qui entre en ébullition à la tempé-
» rature de 23° au-dessous de zéro ; on ne peut l'avoir à l'état liquide
» qu'à la condition de le maintenir à haute pression dans un réservoir
» métallique.

» On a d'abord utilisé ces propriétés, non pour produire *l'anesthésie,*
» *qui est la conséquence de cette réfrigération, mais pour obtenir un phéno-*
» *mène plus éloigné, à savoir la réaction congestive des parties qui ont subi*
» *la pulvérisation.*

» En effet, lorsque la réfrigération de la peau a été courte et rapide,
» une réaction intense ne tarde pas à se produire : les téguments ané-
» miés, pâlis par l'action constrictive du froid sur les vaisseaux, devien-
» nent rapidement rouges, hyperhémiés, congestionnés, par suite de la
» dilatation vasculaire qui succède à cette constriction passagère. La
» réaction est en porportion de l'action elle-même. »

Notre regretté Paul Dubois ne dit-il pas, dans l'*Aide-mémoire du chirurgien-dentiste*, que le chlorure d'éthyle a été employé pour la première fois par Debove, dans un but révulsif et analgésique, contre les névralgies ?

Poursuivant nos recherches, nous avons cru devoir nous adresser à la source même, au promoteur du chlorure d'éthyle appliqué à l'art dentaire, M. le professeur Redard.

Voici ce qu'il nous a dit :

« Le chlorure d'éthyle appliqué sur la gencive n'est pas un anesthé-
» sique, parce qu'il n'agit pas sur les centres nerveux ; *c'est un réfrigé-*
» *rant.* C'est à tort qu'on appelle anesthésiques des produits qui, appli-
» qués à l'extérieur, produisent une insensibilité locale ; le chlorure
» d'éthyle ne peut être injecté, il est trop volatil, et il n'y a rien de
» plus injuste que d'empêcher les dentistes non diplômés d'employer
» un produit aussi inoffensif. »

De tout cela il faut conclure que le chlorure d'éthyle doit être considéré comme un réfrigérant, et comme tel les chirurgiens-dentiste doivent pouvoir l'employer en pulvérisation ; car un médicament qui est déclaré inoffensif, qui peut être mis entre les mains des malades pour en faire eux-mêmes l'application, qui est délivré par les pharmaciens sans ordonnance de docteurs, qui est même livré par le commerce, ne peut être considéré comme un anesthésique.

Il n'est pas permis de supposer que, dans l'esprit du législateur, dans la pensée de l'éminent commissaire du gouvernement et du rapporteur, on ait voulu porter un préjudice aussi grand, aussi gros de conséquences, aux chirurgiens-dentistes qui n'ont pas cru devoir faire sanctionner par un diplôme une carrière pleine d'expérience, pleine de probité.

M. le rapporteur de la Chambre des députés, dans la discussion relative à l'anesthésie, disait :

« Nous voudrions qu'on ne descendît pas dans les espèces et que la
» loi fût la même pour les dentistes d'hier et ceux de demain, et que
» l'on concédât aux uns et aux autres les mêmes droits ; j'estime qu'il
» y a des inconvénients assez sérieux à les traiter différemment.

» La loi atteindra demain des dentistes jouissant d'une grande ré-
» putation ; par ce fait seul qu'ils se refuseront à se présenter devant
» une commission d'examen, malgré l'expérience qu'ils ont acquise
» depuis plusieurs années, ils seront privés du droit de pratiquer l'anes-
» thésie locale ou générale, sans l'autorisation d'un docteur, alors que

» de jeunes dentistes inexpérimentés auront ce droit, qui leur donnera » un avantage sur leurs confrères.

Il résulte des discussions qui ont eu lieu, soit à la Chambre des députés, soit au Sénat, dans les séances du 17 mars 1891 au 22 novembre 1892, qu'il n'a jamais été question du chlorure d'éthyle ; on a signalé des accidents causés par le chloroforme, l'éther, la cocaïne, le protoxyde d'azote ; par conséquent, seuls ces agents sont des anesthésiques.

Il convient de protester avec toute notre énergie contre le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France, contre la façon draconienne (c'est son mot) dont il poursuit ce qui n'est pas lui, c'est-à-dire diplômé (*Odont. n° 10 — octobre 1895*).

Qu'il poursuive ceux qui usurpent le titre de docteur ou de chirurgien-dentiste, ceux qui font une réclame éhontée, mais qu'il laisse tranquilles ceux qui par leur expérience, leur probité, ont relevé l'art dentaire en France, ceux qui ont été ses maîtres et qui lui ont ouvert le chemin de la fortune et de l'honneur.

Il convient de demander au Conseil supérieur de l'Instruction publique de nous indiquer où commence, où finit notre droit, quels sont les médicaments qu'il nous est permis d'employer, car nous ne devons pas rester plus longtemps dans une incertitude qui pourrait nous être funeste.

Il s'agit de ne pas laisser créer des précédents, car le jour où nous voudrons protester, il sera trop tard.

Ayons confiance dans l'avenir; la réglementation a été faite, les petits côtés ont été négligés, comme l'a dit fort judicieusement le Directeur du *Monde Dentaire* : « Pourquoi? Mais probablement parce que les dis» positions transitoires réservant aux situations acquises le droit » d'exercice, il ne pouvait entrer dans l'esprit de personne que les » futurs possesseurs du diplôme d'Etat renieraient leur passé, en pré» tendant interdire l'usage du titre de chirurgien-dentiste (et je puis » ajouter: et l'application du chlorure d'éthyle) à ceux qui, comme » eux-mêmes, en ont fait usage bien avant la loi » (*Octobre* 1895).

Unissons-nous. Que nos confrères du Nord, de l'Est, de l'Ouest, du Centre et du Midi, répondent à notre appel et, forts de notre droit, nous défendrons les faibles. *(Applaudissements.)*

Le Président félicite M. J. Camoin sur son rapport. La discussion est ouverte ; y prennent part : MM. le docteur Beltrami, Le Monnier, Schwartz, Lévy, Beltrami père. Comme conclusion, M. Chapot propose :

« Le Syndicat des Dentistes du sud-est de la France soutiendra le procès, en cas qu'un des membres de l'Association soit poursuivi pour l'emploi de mélanges réfrigérants, chlorure d'éthyle », etc. (*Adopté à l'unanimité.*)

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Service des entrées au dispensaire.

Pendant les mois de novembre et décembre 1896, *janvier et février* 1897.

Inscriptions..........	Malades nouveaux...........	2.681
Consultations........	Malades en traitement.......	7.827
	Total......	10.508

1° Cliniques.

Consultations sans traitement	249	2.801
Extractions	1.057	
Malades passés dans le service de la dentisterie opératoire	1.301	
Clinique anesthésique	74	
— de prothèse	120	

2° Dentisterie opératoire.

Pansements et traitements	4.841	7.387
OBTURATIONS: Gutta-percha ou ciments	1.533	
OBTURATIONS: Amalgames	460	
OBTURATIONS: Aurifications	112	
OBTURATIONS: Etain	86	
Nettoyages	356	

3° Prothèse pratique.

Appareils	10	43
Dents à pivot	17	
Redressements	16	

4° Malades ayant interrompu leur traitement	277
Total général.	10.508

LIVRES ET REVUES.

Bulletin-Journal de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.

Nous venons de recevoir le très intéressant *Bulletin-Journal de l'Association générale des dentistes du Sud-Est de la France.* Nous y trouvons un hommage à la mémoire de Paul Dubois, ainsi que des félicitations à *L'Odontologie*; nous en remercions les auteurs.

Nous devons cependant relever une grosse erreur commise par M. Jules Camoin dans son appréciation sur l'emploi du chlorure d'éthyle[1] par les dentistes non diplômés. Disons tout d'abord que nous approuvons complètement la thèse soutenue par notre honorable confrère, et que notre protestation ne porte que sur le rôle prêté à notre journal.

L'*Odontologie*, propriété de l'Association générale des dentistes de France, qui est composée de dentistes diplômés ou non, défend les intérêts *généraux* de la profession, et est l'organe officiel de l'Association, de l'Ecole dentaire de Paris et de la *Société d'Odon-*

1. Nous publions ce document, page 343.

tologie de Paris seulement, et non, comme le prétend M. Jules Camain, le journal de tel ou tel Syndicat.

Mais, en organe ayant à cœur de renseigner complètement ses abonnés, elle publie à titre de DOCUMENTS PROFESSIONNELS tout ce qui, à un titre quelconque, peut avoir de l'intérêt pour ses lecteurs.

E. P.

Traité de chimie avec la notation atomique par Louis Serres, ancien élève de l'Ecole polytechnique, professeur de chimie à l'Ecole municipale supérieure Jean-Baptiste Say. — 1 vol., in-8, 900 pages, 295 gravures sur bois intercalées dans le texte. Paris, Baudry et Cie, 15, rue des Saints-Pères. — Prix : 10 fr.

Le traité de chimie dû au distingué professeur de physique et mécanique de l'Ecole dentaire de Paris s'adresse, entre autres, non-seulement aux étudiants, mais encore aux dentistes qui veulent compléter leurs connaissances générales dans cette science, notamment à ceux qui l'ont apprise avec la notation en équivalents et ne sont pas habitués à la notation atomique en usage aujourd'hui.

Cet ouvrage comprend trois parties :

Dans la *première partie* l'auteur commence par des généralités, puis il aborde, l'étude de l'air et de l'eau. Il prend ensuite cette dernière comme type et comme point de départ pour expliquer les lois générales de la chimie et pour définir le poids moléculaire et le poids atomique, qui, comme on sait, sont la base de la notation. Il continue par les métalloïdes et leurs composés, et termine par une définition de l'atomicité des éléments et des radicaux.

La *deuxième partie* débute également par des généralités sur les métaux et les principales classifications des éléments, puis elle étudie d'une façon particulière les métaux et leurs composés.

La *troisième partie* est consacrée à la chimie organique ; elle indique en premier lieu les propriétés générales des divers groupes de composés, et elle traite spécialement des principaux.

Pour les corps simples, c'est la classification par atomicité qui a été adoptée dans cet ouvrage; pour les composés organiques, c'est à la classification par séries homologuées que l'auteur a donné la la préférence.

Enfin la nomenclature nouvelle des composés organiques établie par le Congrès de Genève de 1892 est sommairement indiquée.

Tel qu'il est conçu, aussi bien par son plan que par la netteté des expositions, l'ouvrage de M. Serres nous paraît répondre à un besoin réel, et appelé à rendre de grands servives à tous ceux qui le consulteront. Sa lecture ne peut qu'être d'un grand profit, et sa présence dans nos bibliothèques doit être considérée comme une nécessité.

Il convient donc de féliciter sincèrement notre sympathique collègue du corps enseignant de l'Ecole dentaire de Paris, d'avoir enrichi la collection des traités scientifiques de chimie d'une production aussi précieuse. E. P.

Nous avons reçu du Dr Dzierzawski, de Varsovie, deux brochures intitulées, l'une : *Un cas de constriction du muscle ptérygoïdien externe à la suite de la maladie d'une dent ;* l'autre : *Frenula latérale des lèvres, contribution à l'anatomie de la cavité buccale et à la pathogénie de l'ulcération de la muqueuse buccale.*
Nous remercions l'auteur de cet envoi.

Nous avons reçu également le 4e fascicule de *La especialidad estomatologica* (La spécialité stomatologique) de M. José Boniquet, de Barcelone et *El compendio de conocimientos dentales* (Compendium de connaissances dentaires) par M. Ingersoll, de Iowa, traduit par M. Manuel Segura.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

THÈSES.

M. Hernette. — *L'eucaïne, contribution à l'étude de son action physiologique, de son emploi comme anesthésique local en chirurgie.* (Thèse. Paris, 1897.)

M. Ovize. — *Les fistules dentaires et d'origine dentaire.* (Thèse. Paris, 1897.)

M. Vidal. — *Influence de l'anesthésie chloroformique sur les phénomènes chimiques de l'organisme.* (Thèse. Paris, 1897.)

M. Lautmann. — *L'ozène atrophiant : clinique pathogénie, sérothérapie.* (Thèse. Paris, 1897.)

M. Malot. — *Des injections sous-cutanées de gaïacol chloroformé comme analgésique local.* (Thèse. Paris, 1897.)

M. F. Chemin. — *De l'influence de l'arthritisme sur quelques affections de la cavité buccale.* (Thèse. Toulouse, 1896.)

M. A. Hugenschmidt. — *Etudes expérimentales des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Armand Rosenthal. — *Des altérations de l'appareil dentaire.* (Thèse. Nancy, 1896.)

M. René Rosenthal. — *Des hémorragies consécutives à l'extraction des dents.* (Thèse. Nancy, 1896.)

M. Ménard. — *Sur la thérapeutique des anomalies de l'appareil dentaire ; de la correction de certaines anomalies de disposition des dents par l'extraction des quatre premières grosses molaires définitives ou dents de six ans.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Brusset. — *Contribution à l'étude du formol.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Richard. — *Le traumatol ; ses emplois en chirurgie.* (Thèse, Paris, 1896.)

M. Ostrovsky. — *Recherches expérimentales sur l'infection générale produite par le champignon du muguet.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Vernhes. — *Du scorbut infantile compliqué ou non de rachitisme.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Ladevie. — *Le traumatol ; ses propriétés antiseptiques et thérapeutiques.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Prevost. — *Contribution à l'étude de la prothèse osseuse (os décalcifié, plombage, prothèse proprement dite).* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Caroli. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la névralgie faciale.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Le Dard. — *La paralysie faciale dans le tétanos céphalique.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Darteyre. — *Le lysol; ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Tortin. — *Valeur diagnostique des malformations dentaires observées chez les hérédo-syphilitiques.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Dérégnaucourt. — *Lipomes de la langue.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Aymé. — *Contribution à l'étude de l'hypertrophie de l'amygdale linguale.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Dupont. — *Pathogénie et traitement de certaines tumeurs douloureuses du rebord alvéolaire consécutives à l'extraction des dents vivantes.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Meunier. — *Contribution à l'étude des accidents dus à la dentition.* (Thèse. Toulouse, 1896.)

M. Espinasse. — *De la prothèse immédiate du maxillaire inférieur, dans le service de M. le professeur Jeannel.* (Thèse. Toulouse, 1896.)

M. Anastassoff. — *L'action de l'iodoforme sur les microbes pathogènes.* (Thèse. Toulouse, 1896.)

M. Guimbretière. — *Essai sur l'angine pseudo-membraneuse due au muguet.* (Thèse. Toulouse, 1896.)

M. Fayollat. — *Essais de désinfection par les vapeurs de formol ou aldéhyde formique.* (Thèse. Lyon, 1896.)

M. Rochier. — *Des dangers et des contre-indications de l'anesthésie générale.* (Thèse. Lyon, 1896.)

M. Boyer. — *Contribution à l'étude du traitement de la grenouillette sus-hyoïdienne.* (Thèse. Lyon, 1896.)

M. Varnier. — *Contribution à l'étude de l'épithélioma de la langue.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Legrand. — *Contribution à l'étude de la leucoplasie buccale.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Benoit. — *Du gaïacol et de la cocaïne considérés comme anesthésiques locaux.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Venassier. — *Contribution à l'étude du traitement des kystes radiculo-dentaires uniloculaires.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Graille. — *Etude sur les calculs salivaires du canal de Wharton.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Charvilhat. — *Contribution à l'étude de la grenouillette sus-hyoïdienne.* (Thèse. Paris, 1896.)

M. Kolarovitch. — *Les complications oculaires dans les infections du sinus maxillaire.* (Thèse. Bordeaux, 1896.)

M. Quéré. — *Etude critique sur l'anesthésie dentaire.* (Thèse. Bordeaux, 1896.)

M. Lafontaine. — *De la chute spontanée des dents dans le tabes.* (Thèse. Bordeaux, 1896.)

M. Leblanc. — *Contribution au traitement des fractures du maxillaire inférieur.* (Thèse, Paris, 1897.)

M. Dolbeau. — *Contribution à l'étude de l'anesthésie, ou chirurgie oculaire par l'emploi de l'eucaïne B.* (Thèse, Paris, 1897.)

M. Ayasse. — *Etude historique et critique des procédés de restauration du rebord alvéolaire dans le bec-de-lièvre compliqué.* (Thèse, Paris, 1897.)

M. Macé. — *La perlèche.* (Thèse, Paris, 1897.)

G. V.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur en chef,

J'ai lu dans le dernier numéro de l'*Odontologie* (avril 1897), avec un intérêt que vous comprendrez, l'étude de Merck sur la tropacocaïne, et j'ai noté tout particulièrement les lignes suivantes :

« *Dernièrement*, Willstätter a indiqué le moyen d'obtenir la tropacocaïne d'un produit de dédoublement de l'atropine et de l'hyoscyamine, la tropine. Cette méthode est brevetée et permet de mettre le produit dans le commerce à un prix notablement moins élevé que précédemment.

» ..... La conclusion de Veasey que ce produit ne se répandra pas dans la pratique à cause de son prix élevé se trouve contredite aujourd'hui, puisque la tropacocaïne coûte actuellement environ la moitié moins de ce qu'elle coûtait autrefois. »

Ces lignes m'ont paru dignes d'être rapprochées de celles que j'écrivais au mois de juillet 1894, dans ma dissertation écrite de l'Ecole dentaire : *De l'emploi thérapeutique de la cocaïne en général, et en particulier en art dentaire* et que je crois intéressant de reproduire ici :

« ... La cocaïne, chauffée avec de l'acide sulfurique étendu, se dédouble en un corps nouveau, l'*ecgonine* $C^8 H^{15} AzO$, plus de l'alcool méthylique, de l'acide benzoïque, de l'iodure de méthyle. Or l'*ecgonine* existe toute formée dans les feuilles de coca et même en plus grande quantité que la cocaïne. On est arrivé à fixer sur elle un atome des corps qui lui manquaient : alc. méthylique, ac. benzoïque, iod. de méthyle, pour régénérer la cocaïne. On obtient ainsi un produit faussement appelé cocaïne de synthèse, puisqu'il n'est le résultat que d'une *demi-synthèse*.

» Mais nous possédons une solanée vivace indigène, la belladone, dont l'alcaloïde, atropine, dans les mêmes conditions que la cocaïne, se dédouble aussi, en deux corps : *tropine* et *acide tropique*. Or la *tropine* a pour formule $C^9 H^{15} Az O^3$; elle ne diffère donc de l'ecgonine que par un atome de CO^2, gaz carbonique. Peut-être arrivera-t-on dans quelque temps à franchir ce pas, en apparence simple, de la transformation de la tropine en ecgonine et par suite en cocaïne.

» Cette relation toute théorique a reçu tout récemment une consécration pratique. On a découvert, en effet, dans un arbuste de Java un alcaloïde nouveau, la *tropacocaïne*, introduite en art dentaire, dès sa découverte, par MM. Pinet et Viau, et qui semble être précisément le corps intermédiaire entre la tropine et l'ecgonine. On lui a trouvé sur la cocaïne des avantages réels ; *son inconvénient est son prix, à l'heure actuelle. Si la relation que nous avons indiquée pouvait permettre de la faire dériver d'une plante indigène, on voit quel immense avantage en résulterait.* »

(Les copies étant conservées aux archives de l'Ecole, il est loisible de vérifier l'exactitude textuelle de la citation ci-dessus.)

Le jury, dont vous faisiez partie, voulut bien m'adresser des félicitations pour ce travail, et en *demander l'impression* (sur votre proposition personnelle).

Le directeur d'alors de l'*Odontologie* ne crut pas devoir satisfaire

à ce vœu, et, sans en donner aucune raison, il se borna à le considérer purement et simplement comme nul et non avenu.

N'étant pas chimiste de profession, il ne peut y avoir pour moi dans cette question aucun intérêt immédiat, mais j'espère que vous estimerez comme moi qu'il est regrettable que, par suite de ces circonstances, le journal que vous dirigez aujourd'hui se trouve dans l'impossibilité de revendiquer pour lui, pour son Ecole et pour l'un des siens, la priorité de la réaction dont le chimiste allemand vient de faire une si heureuse application (brevetée).

Je vous prie de croire, Monsieur le Rédacteur en chef, à ma respectueuse considération.

Georges MAHÉ,
Lauréat de l'Ecole dentaire de Paris,
Démonstrateur à cette même Ecole.

17 mai 1897.

NÉCROLOGIE.

PROSPER CHRÉTIEN.

Nous devions donner une notice nécrologique accompagnée du portrait de Prosper Chrétien, mais un accident arrivé au cliché nous force à l'ajourner à notre prochain numéro ainsi que le compte rendu de ses obsèques.

GUIGUES.

Nous apprenons avec regret la mort, après une longue et douloureuse maladie, de M. Antoine Guigues, chirurgien-dentiste à Marseille, membre de l'Association générale des dentistes de France, et trésorier de l'Association générale des dentistes du sud-est de la France.

Nous adressons à sa famille, ainsi qu'à nos confrères de cette Association, nos sentiments de condoléance ; nous l'aurions fait plus tôt si nous avions été avisés moins tardivement de ce décès.

FRANK ABBOTT.

Nous lisons avec regret, dans le *New York Herald*, que notre distingué confrère d'outre-mer, le Dr Frank Abbott, vient de mourir à New-York, emporté subitement, le 20 avril, par une affection cardiaque.

Le Dr F. Abbott naquit à Shapleigh (York County), le 5 septembre 1836, d'une famille les plus anciennes de la Nouvelle-Angleterre, où ses ancêtres avaient émigré en 1680.

Il reçut sa première instruction dans sa ville natale, et, à l'âge de 20 ans, devint étudiant de l'Ecole dentaire d'Oneida. Ses études

terminées, il pratiqua la profession de dentiste à Johnstown pendant plusieurs années.

En 1862, il fut soldat pendant quelques mois ; il vint à New-York au commencement de 1863. Alors, il suivit les cours de médecine de l'Université de New-York et obtint en temps opportun le titre de M. D.

En 1866, quand le collège dentaire de New-York s'organisa, il fut chargé du cours de clinique. L'année suivante, il établit l'infirmerie annexée au collège et dont il eut l'entière direction. Puis, il fut nommé professeur et enfin directeur de l'Institution.

Deux ans après il fut élu doyen de la Faculté, titre qu'il garda jusqu'à sa mort.

Le Dr Abbott était membre d'un grand nombre de Sociétés médicales et scientifiques.

On lui doit un certain nombre d'inventions et de perfectionnements, notamment le maillet électrique qui porte son nom, et des ouvrages estimés.

Il laisse une veuve et trois enfants.

NOUVELLES.

Au 15 juillet prochain, l'Ecole dentaire de Paris avec tous ses services sera transférée 45, rue de La Tour-d'Auvergne, dans un immeuble installé spécialement pour ses besoins.

Nous adressons de vifs remerciements à ceux de nos correspondants qui ont bien voulu nous envoyer les numéros de l'*Odontologie* qu'ils avaient en double, et nous insistons à nouveau pour que leur exemple soit imité.

Depuis le 1er mai, la maison H. D. Justi et fils est transférée Stewart building, 96, State street, Chicago.

M. le Dr Heinrich Bönnecken, privat-docent à la Faculté de médecine de Bonn, est nommé professeur extraordinaire d'odontologie à la Faculté allemande de médecine de Prague.

Le journal *La Escuela medico-dental*, de la Havane, annonce comme confirmée la nouvelle d'un Congrès international d'hygiène qui se tiendrait à Madrid l'année prochaine. Le comité de propagande et d'organisation se serait déjà réuni sous la présidence du directeur général de la santé publique, le marquis de Vadillo, et comprendrait des anciens ministres, des députés, des professeurs

24

de médecine et diverses notabilités ; mais aucun représentant de la profession dentaire n'y aurait trouvé place. Notre confrère regrette cette exclusion, l'odontologie s'occupant de l'hygiène de la bouche et constituant incontestablement une des nombreuses branches de la médecine.

Nous partageons la manière de voir de notre confrère.

Académie de Médecine.

Séance du 18 mai.

La correspondance comprend un extrait du testament de M. Magitot, qui lègue à l'Académie une somme suffisante pour réaliser une rente annuelle de 500 francs, qui devra servir à fonder un prix biennal de 1.000 francs, destiné à récompenser le meilleur travail sur la stomatologie ou l'odontologie ; le prix portera le nom de Prix Magitot. Il lègue en outre la partie de sa bibliothèque renfermant des ouvrages relatifs à la stomatologie et à l'odontologie.

Nous n'avons pas besoin d'ajouter que, pour pouvoir concourir, les candidats devront être docteurs en médecine, suivant la volonté formelle du testateur. Un chirurgien-dentiste qui ferait une découverte comparable à celle de l'anesthésie, due pourtant à un dentiste, Horace Wells, ou bien un autre Pasteur qui découvrirait une vaccine contre la carie dentaire, se trouveraient dans l'impossibilité de prétendre au prix en question, les clauses restrictives du testament en écartant les chirurgiens-dentistes, aussi bien que les officiers de santé.

N'est-il pas vraiment regrettable de voir un savant de l'envergure de M. Magitot donner ainsi un exemple d'acharnement, de mépris et de haine contre une profession à laquelle il appartenait malgré tout, et prendre des dispositions pour que ces sentiments, contre lesquels s'élève d'ailleurs avec justesse notre excellent collaborateur M. le docteur Sauvez, son admirateur, persistent après sa mort et le suivent au delà du tombeau?

G. V.

M. le Dr Pietkiewicz vient d'être nommé président de la Société de Stomatologie en remplacement de M. le Dr Magitot, décédé.

VARIA.

LA FORCE DES MACHOIRES

Quand nous mangeons un aliment quelconque, nos mâchoires développent une certaine force, force d'autant plus intense que l'aliment est plus dur, plus résistant. On ne se fait pas une idée,

cependant, de la puissance qu'il faut développer pour mastiquer un simple bifteck. Le Dr Black a recherché quelle était la force des mâchoires chez l'homme pendant la mastication. D'après ses observations, la contraction des masséters développe une force variant entre 30 et 270 livres. Pour un simple bifteck de consistance normale il faut employer une force de 40 à 45 livres, mais en réalité on dépense une force supérieure à celle nécessaire, et on va jusqu'à 60 et 80 livres... surtout quand il est dur!

(*Journal d'Hygiène.*)

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS.

PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION.

Réunion du 29 décembre 1896.

Présidence de M. Legret, doyen d'âge, puis de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

M. Legret prend la présidence en qualité de doyen d'âge.

M. Sauvez, le plus jeune des membres présents, est désigné comme secrétaire. — Il donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

1° Nomination du bureau.

Il est procédé à la nomination du président.

Votants : 16. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Godon, 15 voix ; Viau, 1 voix.

M. Godon est proclamé président et remplace M. Legret au fauteuil.

Le scrutin pour la vice-présidence donne les résultats suivants :

Votants : 16. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Lemerle, 15 voix ; Viau, 14 ; Papot, 2.

MM. Lemerle et Viau sont proclamés vice-présidents.

Le scrutin pour le secrétaire général donne les résultats suivants :

Votants : 16. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : M. Martinier 15 voix, M. Sauvez 1.

M. Martinier est proclamé secrétaire général.

Le scrutin pour le secrétaire adjoint donne les résultats suivants :

Votants : 16. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Sauvez, 9 voix ; Stévenin, 3 ; Jeay, Choquet, Roy, 1 voix chacun ; 1 bulletin nul.

M. Sauvez est proclamé secrétaire adjoint.

Le scrutin pour le trésorier donne les résultats suivants :

Votants : 16 voix. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. d'Argent, 15 voix ; 1 bulletin blanc.

M. d'Argent est proclamé trésorier.

Sur la proposition de *M. Godon*, il est décidé qu'il sera nommé un conservateur adjoint du musée.

Le scrutin pour le bibliothécaire-archiviste donne les résultats suivants :

Votants : 17. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Bonnard, 15 voix ; de Marion et Stévenin, chacun 1 voix.

Le scrutin pour le conservateur du musée donne les résultats suivants :

Votants : 17. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Lemerle, 16 voix ; Stévenin, 1.

Le scrutin pour le conservateur adjoint donne les résultats suivants :

Votants : 17. Majorité absolue : 9.

Ont obtenu : MM. Stévenin, 15 voix ; Prével 2.

MM. Bonnard, Lemerle et Stévenin sont respectivement proclamés bibliothécaire-archiviste, conservateur et conservateur adjoint du musée.

Il est procédé à la nomination de l'économe et le scrutin donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 18. Majorité absolue : 10.

A obtenu : M. Prével, 18 voix.

M. Prével est proclamé économe.

2° *Nomination du Comité préparatoire pour la répartition des commissions* :

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

MM. Lemerle, 16 voix ; Martinier, 15 ; Viau, 14 ; Papot et Godon, 12 voix chacun ; D'Argent, 8 ; Sauvez, 7 ; Bonnard, 4 ; Choquet et Fr. Jean, 1 voix chacun.

MM. Lemerle, Martinier, Viau, Papot et Godon sont élus. — Sur la proposition de *M. Godon*, M. d'Argent leur est adjoint.

3° *Correspondance.*

M. Godon donne lecture d'une lettre par laquelle M. Roy se démet de ses fonctions de rédacteur en chef de l'*Odontologie*.

Il est décidé, sur la proposition de *M. Bonnard*, que cette lettre sera renvoyée pour statuer au Conseil de direction de l'Association réuni à celui de l'École et au bureau de la Société d'Odontologie.

Sur la proposition de *M. Papot*, le comité préparatoire tient séance dans une pièce voisine pendant la réunion même du Conseil de Direction.

La séance du Conseil continue.

M. Godon communique des lettres de remerciements adressées par *MM. Schuller, Catton, Falloy, Liskenne et Borcier* ; — une lettre de *M. Weber*, demandant un poste de démonstrateur (Renvoyé à la commission d'enseignement) ; — une lettre de l'élève *G..*, demandant un congé d'un an (Renvoyé à l'autorité académique) ; — une lettre de *M. le Dr Friteau*, proposant de faire un cours clinique des maladies non dentaires de la bouche (Renvoyé à la Commission d'enseignement) ; — une lettre de *M. le Dr Monnet*, demandant à changer le jour de son cours.

M. Godon annonce qu'il a reçu de M. Worms, de Rio-de-Janeiro, une brochure pour la bibliothèque.

Enfin il communique la notification, qu'il a reçue de la préfecture de la Seine, d'une allocation de 5.000 francs à l'Ecole, sur les fonds du pari mutuel, accordée par le ministre de l'agriculture.

Le Comité préparatoire rentre en séance, et fait connaître le résultat de ses délibérations. Il propose le groupement suivant des membres du Conseil :

4° *Nomination des commissions.*

I. *Commission d'enseignement* : MM. Papot, Monnet, Chauvin, Sauvez, Bonnard.

II. *Commission scolaire :* MM. Papot, d'Argent, Choquet, Stévenin, Bioux.
III. *Commission des finances :* MM. Viau, Prest, Bioux, Prével.
IV. *Commission des fêtes :* MM. Prével, Jeay, Choquet, Fr. Jean, Löwenthal.
V. *Conseil de famille :* Legret, Fr. Jean, Stévenin, Löwenthal.
VI. *Commission des archives de la bibliothèque et du musée :* MM. Bonnard, Lemerle, Stévenin, de Marion.
VII. *Commission du local* : MM. Lemerle, Papot, d'Argent, Viau.

La composition de chacune de ces commissions est successivement mise aux voix et adoptée.

M. d'Argent fait connaître que le comité propose la création d'une 8e commission, dite *du contentieux*, qui n'est pas prévue par les statuts et qui aurait pour mission de faire rentrer par des moyens de conciliation les fonds dus à la Société. Cette commission serait composée de MM. de Marion, Prest, Löwenthal, Jeay, et du trésorier.

La création et la composition de cette commission sont successivement mises aux voix et adoptées.

5° *Propositions diverses.*

Sur la demande de *M. Godon*, le Conseil vote une dépense de 64 fr. 50 pour la publication des procès-verbaux dans le numéro de novembre 1896, sous forme de supplément.

M. Godon fait connaître que la commission du Conseil supérieur de l'Assistance publique, qui se réunit le lendemain, est saisie par le Syndicat des chirurgiens-dentistes d'une pétition tendant à ce que les règlements sur les dentistes des hôpitaux soient mis en accord avec la loi de 1892. Il proprose d'adresser à cette commission, au nom de l'Ecole dentaire, un ordre du jour dont il donne lecture.

La première partie est mise aux voix et adoptée après suppression du mot *concours*.

La deuxième partie est mise aux voix et adoptée en principe. Il est décidé qu'elle ne sera transmise au Conseil supérieur qu'après échec à la commission. Le Conseil autorise le bureau à en faire usage.

Il est décidé qu'une délégation se rendra auprès de M. Gillard pour le prier de revenir sur sa démission. MM. Martinier et Sauvez sont chargés de cette mission.

M. Bonnard annonce que la bibliothèque a reçu divers ouvrages du Dr Laffait ; la thèse du Dr Friteau ; les œuvres d'Ambroise Paré, offertes par M. Viau, etc. Des remerciements sont adressés aux donateurs.

Sur sa proposition, *M. Choquet* est nommé conservateur du matériel de l'enseignement.

Sur la demande de *M. d'Argent*, le Conseil confirme l'indemnité de 75 francs par mois pour la tenue des livres.

M. de Croës est confirmé comme bibliothécaire adjoint.

M. Bonnard dépose une proposition tendant à assurer la présence assidue des membres du Conseil aux séances (Renvoyé au bureau).

M. Martinier lit, au nom du Jury du concours de chef de clinique, un rapport tendant à la nomination de M. d'Almen comme chef de clinique (Adopté).

La séance est levée à minuit 20 minutes.

Réunion du mardi 19 *janvier* 1896.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 9 heures du soir.

Le procès-verbal est adopté.

M. Godon annonce le décès de Mme Paulme et fait connaître que le Conseil était représenté à ses obsèques et exprime les condoléances à la famille.

Il annonce que MM. Bonnard, de Marion, Tusseau et Schwartz ont été nommés officiers d'Académie.

Le Conseil adresse des félicitations aux nouveaux promus.

M. Godon fait connaître la correspondance qu'il a reçue de l'Académie de Paris pendant le mois.

Il donne également lecture d'une lettre de *M. le Préfet de la Seine* en date du 8 janvier 1897, l'informant que le Conseil municipal de Paris, dans sa séance du 30 décembre 1896, ■ voté une subvention de 1.500 francs en faveur de la Société de l'Ecole.

Sur sa proposition, le Conseil vote des félicitations aux divers conseillers municipaux qui sont intervenus dans cette circonstance et au Préfet de la Seine.

Le Conseil autorise *M. Godon*, sur sa demande, à réclamer au ministre de l'instruction publique une décision validant toutes les inscriptions délivrées par l'Ecole en 1894-95.

Sont admis comme élèves à titre étranger : M. Flitmann en 2e année ;

M. Jean Papodopoulos en 3e année ;

M. Duchateau, docteur en médecine belge, en 3e année ;

M. Nicolaïdès en 2e année.

Admissions.

M. Dubourg, D. E. D. P., chirurgien-dentiste à Arcachon, avenue Gambetta, présenté par MM. Lemerle et Stévenin, est admis comme membre de la Société et de l'Association.

M. Bosson, de Hambourg, présenté par MM. Marin et Reinheimer, diplômés de l'Ecole, est admis comme membre de l'Association.

M. G. est autorisé à reporter sur la scolarité ultérieure les versements affectués pour la scolarité précédente dont il n'a pas profité.

Sur la proposition de *M. Martinier*, la commission d'enseignement est chargée de prononcer l'attribution des jours de service pour trois démonstrateurs.

M. Godon demande que le bureau soit autorisé à faire le nécessaire pour assurer la participation de l'Ecole à l'Exposition internationale de Bruxelles.

Il est décidé que cette participation aura lieu dans les limites d'un crédit dont le maximum est fixé à 1.000 francs.

M. Bonnard annonce que la bibliothèque a reçu la thèse du Dr Chemin. Des remerciements sont adressés au donateur.

Changement de local.

M. Godon rappelle que l'assemblée générale du 22 décembre a décidé que le siège de la Société n'est plus 57, rue Rochechouart et 4, rue Turgot. Il rend compte des démarches faites par la commission du local, et des divers projets qu'elle a étudiés.

Trois propositions sont présentées au Conseil :

1° La location d'un immeuble rue Saint-Guillaume ;

2° La location avec promesse de vente d'un immeuble rue Mansart ;

3° Le maintien du *statu quo* sur des conditions définitives faites par le propriétaire dans une lettre dont il est donné lecture.

Le premier projet est mis aux voix et repoussé.

Le deuxième est mis aux voix et adopté.

Le troisième est mis aux voix et repoussé.

Sur la proposition de *M. Sauvez*, des remerciements sont votés à M. Godon pour l'activité déployée par lui dans ces négociations.

M. Martinier fait connaître qu'il s'est rendu avec M. Sauvez chez M. Gillard et qu'ils n'ont pu le faire revenir sur sa décision.

En conséquence la démission de M. Gillard est acceptée.

La séance est levée à minuit 20.

Réunion du mardi 16 *février* 1897.

Présidence de M. Godon, président.

La séance est ouverte à 8 h. 3/4 du soir.

Il est donné lecture du procès-verbal, qui est mis aux voix et adopté sans observation.

M. Godon donne lecture d'une lettre de M. Paulme, demandant un congé de 2 mois (Accordé).

M. Papot donne lecture d'une lettre par laquelle M. M... demande à être dispensé du payement de sa cotisation, tout en restant membre de la Société et en continuant à recevoir le journal, en raison de la situation difficile que lui crée une longue maladie.

Il est décidé, sur la proposition de MM. *Lemerle* et *Bonnard*, que M. M... sera exonéré pour un an de cette cotisation, qu'il devra renouveler sa demande au bout de ce temps, et que la Caisse de prévoyance sera invitée à verser 5 fr. pour le service du journal.

M. Godon donne communication d'une demande de congé d'un mois formée par *M. Martinier*, secrétaire général (Accordé).

Il communique une demande analogue de *M. Arnold*, démonstrateur (Accordé).

Mlle Raïna Frenkel, diplômée russe, est admise comme élève de 3e année, et M. Zreik Dimitri, de Damas, est admis en 1re année.

M. Martinier donne lecture du rapport de la commission de prothèse, déjà adopté par celle-ci et par la Commission d'enseignement.

Ce rapport est mis aux voix et adopté.

M. Godon communique une lettre du Directeur de l'amphithéâtre de Clamart relative aux élèves qui reçoivent l'enseignement de la dissection.

M. Martinier donne lecture d'une proposition de M. Richard-Chauvin et de lui-même ayant trait à l'enseignement technique de l'Ecole. Il en demande la prise en considération et le renvoi à la Commission d'enseignement.

Il est décidé, sur la proposition de *M. Monnet*, que cet exposé sera autographié et renvoyé à la commission d'enseignement.

M. Richard-Chauvin donne lecture, au nom de la même commission, d'un projet de création d'un cours des maladies non dentaires de la bouche, à faire par M. le Dr Friteau le jeudi matin.

Ce projet est mis aux voix et adopté.

M. le Dr Monnet donne lecture, au nom de la Commission d'enseignement, d'une proposition tendant à assurer le remplacement des professeurs des cours théoriques empêchés ou absents (Adopté).

M. Bonnard communique, au nom de la même commission, une proposition relative aux distinctions honorifiques.

La proposition est mise aux voix et adoptée.

M. Monnet est autorisé, sur sa demande, à choisir un aide-préparateur.

Sur la demande de *M. Godon*, le crédit de 600 fr. destiné au secrétariat,

savoir : 300 fr. pour le bureau et 300 fr. pour le secrétaire général, est confirmé pour 1897.

M. Stévenin formule, au nom du Conseil de famille, un avis sur la la plainte de M. R..., contre M. L..., en raison de la publicité faite par ce dernier.

Le Conseil décide de se contenter de l'engagement pris par un membre du Conseil, au nom de M. L..., de ne plus faire de publicité.

Changement de local.

Le Conseil décide d'entendre immédiatement la lecture du rapport de M. Godon sur la question.

Le rapport est adopté en ce qui concerne les modifications aux statuts et l'assemblée générale ; il l'est également en ce qui concerne l'emprunt au Crédit foncier et l'approbation gouvernementale, ainsi qu'en ce qu concerne l'emprunt à l'Association générale ; la partie relative aux emprunts à contracter avec des tiers ou des membres de la Société est adoptée également.

Le Secrétaire général,
P. Martinier.

BULLETIN DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE.

CONSEIL DE DIRECTION.

Réunion du samedi 30 janvier 1897.

Présidence de M. Coignard, puis de M. Papot.

La séance est ouverte à 11 h. 20 du soir.

M. Coignard (de Nantes), doyen d'âge, prend place au fauteuil.

Sont présents : MM. Billet, Chouville, Claser, d'Argent, Lemerle, de Marion, Martinier, Monnet, Papot, Richer, Viau.

M. Papot fait connaître que la réunion a pour but la nomination du bureau, et rappelle qu'il est d'usage de prendre le président et les vice-présidents dans des régions différentes.

Il est procédé au scrutin pour l'élection d'un président ; il donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 12.
Majorité absolue : 7.
Ont obtenu : MM. Papot, 11 voix.
Claser 1 —

M. Papot, élu président, remplace M. Coignard au fauteuil, et remercie.

Il est procédé au scrutin pour deux vice-présidents ; il donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 12.
Majorité absolue : 7.
Ont obtenu : MM. Legret, de Boulogne-sur-Seine, 8 voix.
Richer, de Vernon, 8 —

MM. Legret et Richer sont élus.

Il est procédé à l'élection d'un secrétaire général.

M. Paulme, qui obtient 12 voix, est élu.

Il est procédé ensuite à la nomination par acclamation d'un secrétaire adjoint et d'un trésorier. MM. Prével et Rollin sont respectivement élus pour ces fonctions.

Sur la proposition de M. Lemerle, le Comité Syndical en fonctions pour 1896 est renommé par acclamation pour 1897 ; il en est de même de la Caisse de prévoyance.

La séance est levée à 11 h. 1/2.

RÉUNION PLÉNIÈRE

DES CONSEILS DE DIRECTION DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE ET DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS ET DU BUREAU DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE.

Samedi 30 janvier 1897.

Présidence de M. Papot, président.

La séance est ouverte à 11 h. 1/2 du soir.

Sont présents : MM. Billet, Bonnard, Chouville, Claser, Coignard, D'Argent, Lemerle, Loup, de Marion, Martinier, Monnet, Richard-Chauvin, Richer, Sauvez, Stévenin, Viau.

M. Papot rappelle que, sur la proposition de M. d'Argent, il a été décidé successivement par chacun des deux Conseils que chaque membre aura autant de voix que de mandats, et met aux voix cette proposition, qui est adoptée.

Il donne ensuite lecture de la liste des membres pouvant prendre part aux votes et du nombre de voix dont dispose chacun d'eux.

Puis il fait connaître qu'il y a lieu de procéder à la nomination du Comité de rédaction et d'administration de *l'Odontologie*, en commençant par le Directeur. Il ajoute que l'ancien Comité propose pour ce poste MM. Godon, Viau et Ronnet.

Il est procédé au vote, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu : MM. Godon. 25 voix

Viau... 1 —

M. Godon est élu directeur.

Le scrutin est ouvert pour le poste de rédacteur en chef.

M. Papot annonce que le Comité propose pour ce poste MM. le Dr Sauvez, Blocman et Martinier.

M. Martinier déclare ne pas accepter.

M. Richard-Chauvin donne lecture d'une déclaration tendant à confier ce poste à un chirurgien-dentiste et propose M. Viau.

Une discussion s'engage à cet égard. MM. Sauvez, Richard-Chauvin, Lemerle, Viau, Loup, Claser, Bonnard, de Marion, Monnet, d'Argent y prennent part.

M. Sauvez déclare renoncer à la candidature, et demande l'insertion de la déclaration de M. Richard-Chauvin au procès-verbal.

Il est procédé au vote pour le poste de rédacteur en chef ; il donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

MM. Viau	19 voix	MM. Richard-Chauvin	2 voix
Sauvez	4 —	Blocman	1 —

M. Viau est élu.

Le scrutin est ouvert pour le poste de secrétaire de la rédaction.

M. Papot fait connaître que le Comité propose pour ce poste MM. Choquet, d'Argent, Bonnard.

M. d'Argent déclare ne pas être candidat, et rappelle que M. Choquet se récuse.

Une discussion s'engage à propos de la fonction de secrétaire de la rédaction. MM. d'Argent, Lemerle et Papot y prennent part.

M. Lemerle fait remarquer qu'on pourrait en demander la suppression l'an prochain, la chose n'étant plus possible cette année.

M. d'Argent répond qu'il ne faut pas discréditer cette fonction avant d'avoir vu à l'œuvre le titulaire.

Il est entendu que le secrétaire de la rédaction ne s'occupera pas de la partie matérielle du journal.

M. Bonnard déclare accepter la candidature.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu : MM. Bonnard. 23 voix.
Choquet. 3 —

Sur la proposition de M. Lemerle, M. Papot est nommé administrateur-gérant par acclamation.

Le scrutin est ouvert pour la nomination d'un Comité de rédaction et d'administration de 6 membres.

M. Papot donne lecture de la liste que le Comité propose.

M. le Dr Monnet déclare poser sa candidature.

Il est procédé au scrutin, qui donne les résultats suivants :

Nombre des votants : 26. Majorité absolue : 14.

Ont obtenu :

MM. Heïdé	22 voix	MM. Sauvez	13 voix
Blocman	20 —	Ronnet	12 —
D'Argent	20 —	Loup	4 —
Lemerle	20 —	Chauvin	3 —
Monnet	17 —	de Marion	1 —
Martinier	17 —	Stévenin	1 —

MM. Heïdé, Blocman, D'Argent, Lemerle, Martinier, Monnet sont élus.

La séance est levée à minuit et demi.

AVIS.

La Rédaction du journal a reçu depuis l'ouverture de la TRIBUNE OUVERTE un certain nombre de communications dont les auteurs ont cru devoir conserver l'anonyme. Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses qu'autant que les noms des auteurs seront au moins connus de nous. L'insertion aura lieu ensuite sous le pseudonyme choisi par l'intéressé, mais nous aurons le regret de refuser désormais toute correspondance dont l'auteur ne se serait pas fait connaître en signant sa lettre.

Le Secrétaire de la Rédaction.

TRIBUNE OUVERTE.

(QUESTIONS)

? N° 8. — *Le caoutchouc dentaire blanc d'Ash qui sert à faire des talons s'use très vite à la mastication; connaît-on un procédé meilleur ou une autre marque de caoutchouc blanc ?*

? N° 9. — *On voyait il y a une quinzaine d'années, dans une vitrine du Musée de Cluny, un maxillaire inférieur que le catalogue désignait comme celui de* Molière. *La sépulture du grand poète n'ayant pas été retrouvée, quelle garantie d'authenticité présente cette relique ?*

? N° 13. *Quelle est la provenance de l'aluminium dont parle M. Telschow ? Quel en est le procédé de soudure ? Peut-on indiquer des résultats satisfaisants en prothèse dentaire, remontant à quelques années déjà ?* S.

? N° 16. *On demande le nom de l'inventeur de la digue, et les bibliographies françaises qui lui sont consacrées ?*

? N° 17. *Dans quel ouvrage pourrait-on trouver l'indication des phénomènes intimes créés par la vulcanisation ?*

? N° 18. *Qui a dit, à la suite d'un grand nombre de narcoses chloroformiques heureuses : « Le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais », et où trouver les commentaires qui ont accompagné les échecs survenus au même ?*

? N° 19. *Existe-t-il à Paris, en dehors des maisons de fournitures, un retailleur de fraises déjà employées ?*

? N° 20. *Un confrère français demande quels poids et quelles mesures sont usités en Angleterre pour la vente de l'or en plaques, et quel est le prix de ce métal, ces mesures étant ramenées au gramme.*

? N° 21. *Les dentistes doivent-ils en principe faire payer les simples consultations non suivies de traitement ?*

? N° 22. — *Quel est le meilleur moyen de traitement de la sensibilité du collet des dents non atteintes de carie dentaire ?* E.

? N° 23. — *Pourquoi les patentés de* 1889 *bénéficient-ils de la dispense du* 1er *examen, et non ceux de* 1890-91-92 ? *Sont-ils donc reconnus plus aptes ou plus instruits que ces derniers ?* X.

? N° 24. — *Quel est le moyen pratique et visible de faire l'antisepsie du miroir et des instruments devant le client ? Il est bien entendu que la stérilisation a été faite préalablement au laboratoire ; c'est donc le côté de la mise en scène (si je puis parler ainsi) qui est l'objet de ma question.* (R.-M.)

? N° 25. — *Quelle est la formule des plaques d'or dites à 18 carats de fin ?*

? N° 26. — *Où peut-on se procurer les daviers sectionneurs du Dr Vajna ?* L. C.

? N° 27. — *Lorsqu'il y a douleur consécutivement à l'avulsion dentaire, quel est le gargarisme anesthésique et antiseptique que l'on peut conseiller ?* C. B.

(RÉPONSES)

Question n° 12. — Le *Manuel de prothèse et mécanique dentaire*, de O. Coles, traduit par Darin publié chez A. Delahaye, en 1874, est un excellent livre pour l'élève-mécanicien. Dans ce petit livre la partie métallurgique de notre art est traitée d'une façon claire et pratique. (D.)

Question n° 14. — Le flacon *compte-goutte* n'est pas généralement un flacon bouchant assez bien pour permettre une bonne conservation d'un liquide hygrométrique ; rien n'empêche cependant le praticien de transvaser le liquide du ciment dentaire dans un de ces flacons. Naturellement, ce procédé ne peut s'appliquer aux liquides qui cristallisent. (C.-L.)

Question n° 15. — Je ne connais pas de livres écrits en langue française et traitant d'art dentaire plus anciens que celui d'Urbain Hémard, publié en 1582 à Lyon, in-8° de 90 pages (V.) : « *Recherche de la vraye anatomie des dents, nature et propriétés d'icelles, où est amplement discouru de ce qu'elles ont plus que les autres os; avecq' les maladies qui leur adviennent depuis nostre enfance, jusques à l'extrême et dernière vieillesse* ». Cet ouvrage, très rare, est entre les mains de M. C. Godon.

Question n° 26. — On trouve les daviers sectionneurs à la maison Geo. Poulson, Hambourg, qui a le dépôt de tous les perfectionnements du Dr Vajna.

(R. H.)

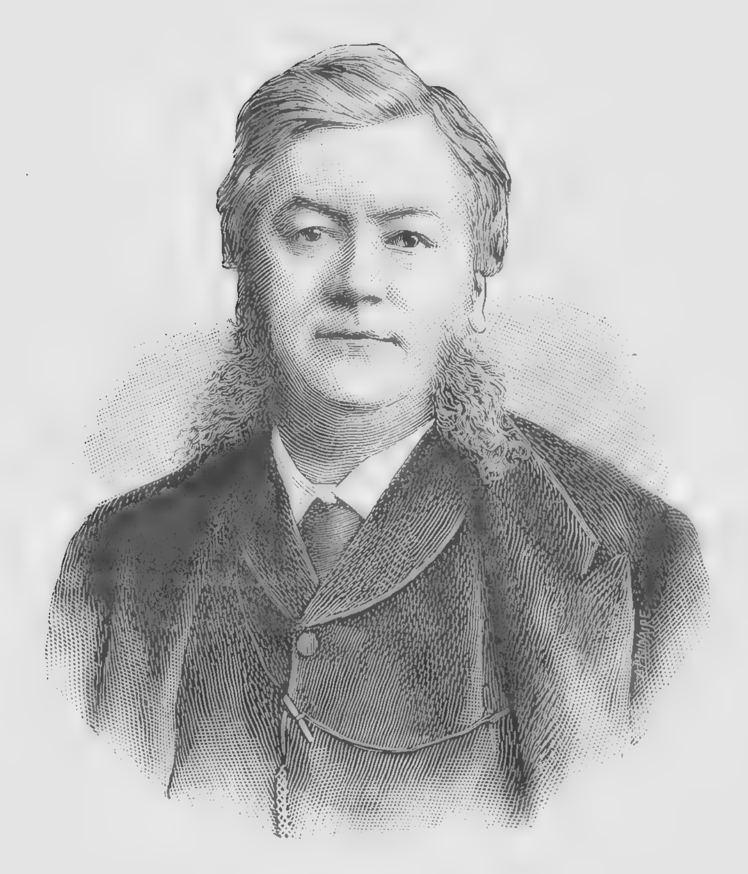
DERNIÈRE HEURE

Nous avons reçu, trop tard pour l'insérer dans ce numéro, une lettre de M. le Dr Claude Martin, en réponse à l'article du mois d'avril de notre Directeur sur les Sociétés dentaires en province. Nous la publierons dans notre numéro de juin.

Nous avons le plaisir d'annoncer la création de la *Revue philanthropique*, publiée à Paris sous la direction du sympathique conseiller municipal du 9e arrondissement, M. Paul Strauss.

Nous souhaitons un bon succès à cette utile publication dont nous rendrons compte ultérieurement.

Nous prions les lecteurs dont l'abonnement expire fin juin, d'envoyer le montant de leur renouvellement à l'Administrateur-Gérant, M. Edmond Papot, *et nous les informons que, pour ceux d'entre eux qui négligeraient cette recommandation, des quittances, augmentées de* 0.50 *pour frais de recouvrement, leur seront présentées en juillet par la Poste.*



Chrétien

17e ANNÉE. No 6. JUIN 1897 IIe SÉRIE. VOL. 4

L'ODONTOLOGIE

L'Odontologie paraît avec un minimum de 72 pages de texte.
Le présent numéro contient un portrait.

Le numéro de janvier 1897 de *l'Odontologie* est complètement épuisé, en raison des nombreux abonnements que le succès croissant de *l'Odontologie* nous a amenés. Ceux d'entre nos lecteurs qui posséderaient ce numéro en double rendraient service à des confrères en nous le faisant parvenir.

MORT DE PROSPER CHRÉTIEN.

Le décès de M. Prosper Chrétien, que nous annonçons d'autre part, est un deuil pour notre profession, car nous ne pouvons oublier le concours important qu'il apporta à la fondation de notre Ecole dentaire. Un des premiers, il comprit que l'enseignement professionnel par les dentistes était le seul moyen de relever notre profession ; aussi accepta-t-il spontanément de faire partie du comité d'organisation, et souscrivit une somme importante pour la fondation de l'œuvre.

P. Chrétien méritait justement sa renommée de distingué praticien ; son cabinet, un des plus importants de l'époque, fut cédé par lui à M. le Dr Galippe à un moment où, jeune encore, mais très fatigué par la clientèle, il se décida à prendre un repos bien gagné. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous fûmes prématurément privés de son concours.

Nous adressons nos bien sincères condoléances à son fils, M. le Dr Ed. Chrétien, qui a été un de nos collaborateurs de *l'Odontologie*, ainsi qu'à sa veuve.

Nous donnons ci-contre le portrait de notre regretté confrère.

LA RÉDACTION.

BULLETIN MENSUEL.

MAGITOT, CHRÉTIEN, DUBOIS.

Magitot, Chrétien, Dubois, ces trois noms constituent comme trois étapes de notre profession et représentent trois caractères bien distincts, dont la réunion forme une sorte de trilogie.

Quoique nous ayons consacré une biographie, à mesure de leur

disparition, à chacun de ces hommes, qui font époque dans la vie professionnelle, il est bien difficile de résister à la tentation d'établir une sorte de parallèle entre ces personnalités qui ont vécu chacune de leur vie propre, tout en suivant la même carrière et en appartenant au même milieu, et qui ont laissé des traces nombreuses de leur activité.

Malgré la communauté d'origine, malgré l'analogie de la vie, malgré l'identité des occupations, ce qui frappe immédiatement chez Magitot, Chrétien et Dubois, ce sont les tendances d'esprit si différentes ou, pour mieux dire, si opposées. Magitot, fils de dentiste, dentiste lui-même, avec son diplôme de docteur en médecine et le titre plus singulier qu'il avait cru devoir prendre uniquement pour se séparer de ces confrères, n'a jamais fait autre chose que de la dentisterie. Il avait une nombreuse clientèle, qu'il s'efforçait de contenter, comme tout bon praticien, soucieux de sa réputation et de ses intérêts, doit le faire ; mais rien ne lui tenait à cœur comme de faire croire qu'il était le médecin de la bouche et non le dentiste des dents. Il ne reconnaissait point le côté technique de notre art, il voulait ignorer qu'il confine malgré tout à l'esthétique, il n'en connaissait que la partie scientifique et il n'admettait pas qu'en dehors de lui et de la petite chapelle qu'il était parvenu à ériger il y eût des gens assez osés pour se faire une situation à côté de la sienne.

Nous nous garderons bien de contester le mérite de Magitot, excellemment mis en lumière dans ce journal le mois dernier ; nous reconnaîtrons volontiers l'étendue de ses connaissances, son érudition profonde, son talent remarquable de *classificateur* ; nous admirerons même la longue liste de travaux qu'il a laissés, quoiqu'on doive y chercher en vain un enseignement offrant quelque utilité à celui qui voudrait acquérir les connaissances essentielles indispensables aujourd'hui ; mais nous ne pourrons que déplorer cette étroitesse de jugement et cet égoïsme exagéré dans lesquels il se drapait, refusant tout concours aux jeunes gens désireux d'embrasser notre profession.

Avec Chrétien le spectacle change.

Ce n'est plus le médecin, ce n'est plus l'homme de science, en présence duquel nous nous trouvons : c'est le technicien ou, si vous aimez mieux, le prothésiste, devenu praticien aisé, grâce à la connaissance parfaite de toutes les difficultés de l'art dentaire, c'est l'opérateur habile qui a acquis une notoriété incontestée, c'est le dentiste à la tête d'une clientèle importante, au moins aussi importante que celle de Magitot, puisqu'un des grands noms de la science a consenti à prendre sa succession. Et il ne nous déplaît point de faire ici cette comparaison au point de vue des services que rendent les praticiens dans la clientèle ; ils vivent après tout par la clientèle et pour la clientèle ; il est donc légitime qu'ils s'en préoccupent un peu, d'autant que les malades, eux, considèrent beaucoup moins notre bagage scientifique théorique que notre habileté opératoire.

Chrétien avait précisément ces qualités, chères au public, et il était apprécié comme quelqu'un qui possède à fond sa profession et sait admirablement adapter à chaque cas particulier les ressources d'une grande expérience, appuyée d'une connaissance parfaite des besoins de chacun.

Chrétien était plus qu'un mécanicien parfait, c'était le dentiste accompli de sa génération, c'était l'homme du passé, si l'on veut ; mais celui-là avait bien senti la nécessité d'orienter la profession dans une direction nouvelle et, dès les premières tentatives de relèvement de son niveau, dès les premiers efforts pour créer de toutes pièces un enseignement qui faisait totalement défaut — celui de la dentisterie, — Chrétien tendit la main aux hommes de bonne volonté qui s'étaient mis à la tête du mouvement. C'est qu'il avait compris l'insuffisance du système suivi de son temps pour former des dentistes : l'apprentissage, qui ne donnait que les connaissances manuelles, ou les études médicales qui ne donnaient que des connaissances théoriques dont la plus grande partie n'ont aucune utilité pour nous. Il avait vu qu'entre les deux systèmes il y avait place pour un moyen terme et, en homme avisé, il l'avait suivi. Nous ne saurions oublier que nous avons collaboré avec lui à cette œuvre, et c'est pour cela que son souvenir nous est cher.

Mais, à côté de Magitot et de Chrétien, prend place un troisième confrère qui est précisément la personnification de ce système mixte : homme de science comme le premier, praticien comme le second, théoricien pour une moitié, opérateur pour une autre. J'ai nommé Dubois. Partageant sa vie entre sa bibliothèque et sa clientèle, ne quittant ses livres que pour son laboratoire et ne laissant son labeur que pour se livrer à la lecture de toutes les publications qui intéressent son art ou sa profession, Dubois est l'homme de transition, procédant de l'un et de l'autre. Opérateur habile et complet, il se livre à des travaux et à des recherches qui honorent sa mémoire et la profession ; il devient le promoteur des congrès dentaires, c'est-à-dire de ces réunions où se discutent les questions d'art et de science dentaires ; il s'attache à la constitution de Sociétés corporatives de secours et d'assistance, et il est, pour ainsi dire, le créateur de la littérature professionnelle périodique française.

Quand la profession cherche à se ressaisir et à s'organiser et à fonder un enseignement qui n'existe pas, Dubois est un des premiers à accourir et à offrir son appui, et lorsque, quelques années plus tard, il est question de réglementer l'exercice de l'art dentaire, cette réglementation ne compte pas de partisan plus ardent que Dubois. Dubois voulait qu'un chirurgien-dentiste possédât toutes les connaissances utiles à son art, qu'il les développât sans cesse, qu'il se familiarisât avec tout ce que disent et ce que font nos confrères, et qu'il vînt régulièrement avec eux dans des assemblées nationales et internationales examiner les questions communes et apprendre les progrès et les perfectionnements de chacun.

Il n'est pas besoin d'insister longuement pour montrer de quel

côté était la vérité et lequel a eu véritablement raison, de celui qui a toujours marché avec les siens, animé du vif désir de voir une profession éclairée, habile, considérée et forte, et dont tous les efforts ont tendu à amener ce résultat, ou de celui qui s'est isolé et enfermé dans sa science, refusant obstinément le secours de ses lumières à ceux qui en avaient besoin, et persistant à demeurer étranger au beau mouvement et aux louables efforts dont nous venons de parler. Ne pas estimer que c'est que le premier qui était dans la bonne voie, serait vouloir méconnaître notre devise : *Union et Progrès.*

G. Viau.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LA DENTITION CHEZ LES ENFANTS, ÉTAT NORMAL, ÉTAT PATHOLOGIQUE

Par M. le Dr R. Millon,

Médecin des Dispensaires d'enfants de la Société philanthropique, lauréat de l'Académie de médecine.

Conférence à la Société d'Odontologie de Paris. Séance du 1er juin 1897.

Messieurs,

Je commence par remercier votre Président et votre bureau de l'accueil si aimable qu'ils m'ont fait en me donnant la parole ce soir parmi vous, et en me permettant de vous entretenir d'un sujet sur lequel il n'est pas un de vous, j'en suis sûr, qui n'ait fait des remarques intéressantes et fortifié par l'observation son expérience personnelle.

La dentition, en effet, dans le cours de l'enfance, aussi bien chez le nourrisson que dans un âge plus avancé, présente des particularités d'évolution et des conséquences pathologiques qui font de cet acte physiologique un des plus complexes, et pour beaucoup d'auteurs aussi un des plus périlleux. Les doctrines, sur ce point, ont bien évolué, et si nous croyons aujourd'hui être arrivés à une approximation plus exacte des faits, nous devons rendre hommage néanmoins à nos devanciers, qui, au risque de l'encombrer, ont montré la voie et préparé nos observations.

Les différences d'interprétation reposent, en grande partie, à mon sens, sur ce fait que les observateurs, jusqu'à nos jours, étaient mal placés pour une vue d'ensemble, et que le milieu où portaient leurs recherches était ou trop restreint ou trop spécial.

Pensez-vous, en effet, qu'un médecin, s'il n'est pas un peu familiarisé avec l'art du dentiste, soit compétent pour une pareille tâche? Pensez-vous, d'autre part, qu'un dentiste ait le temps ou les moyens

d'investigation nécessaires pour démêler, en chaque cas, ce qui revient en propre à l'affection ou à l'état général de son sujet? A un autre point de vue, il nous est possible d'affirmer qu'un médecin, dans sa clientèle, a le champ trop restreint pour pouvoir grouper les cas particuliers et en déduire une règle générale ; et inversement, le médecin d'hôpital voit une catégorie trop spéciale d'enfants pauvres, chétifs ou gravement malades, pour pouvoir faire de la dentition une étude se rapportant à la généralité des cas.

Aussi me trouvais-je bien placé, à mon dispensaire, pour m'intéresser à cette question. Le nombre d'enfants qui s'y présentent est assez considérable, cinq à six mille par an, et, de plus, les petits clients qu'on y voit, se répartissent sur tous les degrés de l'âge, de la constitution et de l'état de maladie ; on y voit des nourrissons aussi bien que des sujets qui touchent à l'adolescence; les uns sont gravement atteints, les autres, au contraire, sont légèrement indisposés; enfin, avantage précieux, on peut, d'année en année, suivre dans leur croissance les enfants qui y sont inscrits. L'étude que je vous présente est donc un résultat de mon expérience personnelle, et je dois dire que j'ai tenu à contrôler par moi-même toutes les assertions qui ont été émises sur le sujet qui nous occupe; c'est le meilleur moyen, vous en conviendrez, d'approcher de la vérité, c'est aussi le seul de produire un travail qui ne cherche d'autre mérite que celui d'avoir été consciencieux.

J'ai divisé mon étude en trois parties : l'une traite de l'évolution normale de la dentition, l'autre s'occupe de l'état pathologique en général, c'est-à-dire des accidents de la dentition, et quelque peu aussi du retentissement que les affections dentaires peuvent avoir sur l'état général du sujet. La pathologie spéciale, vous le pensez bien, n'a pu être qu'effleurée par moi. C'est un domaine sur lequel j'ai peut-être quelques lumières, mais dans lequel je me garderai bien de m'aventurer, devant vous surtout. Enfin la troisième partie, plus courte, s'occupe de l'avenir de la première dentition jusqu'à l'époque de son remplacement.

I. Chronologie de l'éruption dentaire. — Tous les auteurs qui se sont occupés de la question ont donné un ordre chronologique ; les chiffres ainsi fournis de divers côtés concordent rarement entre eux. Un maître savant, dont la perte est trop récente pour qu'elle ne soit pas particulièrement sensible, s'était maintes fois évertué à dresser un tableau qui fût à la fois assez sévère pour imposer une règle à l'ensemble des faits, et assez complaisant pour que pût y entrer la fantaisie des cas particuliers. Trousseau, le grand Trousseau, celui qu'en Allemagne on appelle le génial Trousseau, avait, pour être exact, dû donner à ses chiffres une telle élasticité que l'unité de la règle se confondait avec la multiplicité de l'exception.

Pour plus de détails sur ce point, je vous renverrai à l'excellent livre qu'un très éminent dentiste, M. Poinsot, a publié sur la question, et où les documents intéressants abondent.

Après avoir éprouvé toutes les règles proposées, je me suis

rendu compte qu'aucune ne paraît convenir à la généralité des enfants, et qu'il fallait tout d'abord classer ceux-ci suivant leur état de constitution native et de santé habituelle.

A. *Dentition à évolution normale, type.* — En ce qui concerne les enfants absolument normaux, un auteur moderne, un pédiatre des plus distingués, M. Comby, a donné une règle qui m'a semblé concorder avec toutes les remarques que j'avais faites de mon côté. Pour cet auteur, l'évolution dentaire normale commence à six mois et finit à deux ans.

Mais qu'appeler un enfant normal? Pour nous, c'est un enfant robuste, venu à terme, de parents sains, nourri exclusivement au sein jusqu'au sevrage et, à partir de ce moment, alimenté, d'une façon rationnelle, sans addition précoce de plats indigestes pour son âge, et surtout avec une modération en rapport avec la capacité restreinte de son estomac. C'est un enfant chez qui l'alimentation, depuis le premier jour jusqu'à l'âge de deux ans, est soumise à un contrôle vigilant, sous le double rapport de la qualité et de la quantité ; c'est, en un mot, un enfant, pour qui on pratique un « élevage » rationnel, méthodique et rigoureux. Cela, bien qu'il y paraisse, est beaucoup moins fréquent qu'on ne le pense. Donc, chez l'enfant normal, la première dentition présente une régularité absolue, et je crois ce principe tellement exact qu'il faut, je pense, s'inquiéter toujours quand, chez un enfant, les dents ne percent pas dans l'ordre que je vais indiquer, et rechercher si, dans son alimentation ou dans l'ensemble de ses fonctions organiques, on ne découvrira pas un vice auquel remédier.

Ce sont les incisives médianes inférieures qui sortent les premières, vers l'âge de six à sept mois, rarement plus tard. Elles font éruption presque simultanément, en quinze jours à trois semaines de temps. Les incisives supérieures médianes d'abord, latérales ensuite, ne tardent pas à les suivre. Au bout d'un mois, six semaines ou deux mois, quatre incisives supérieures apparaissent donc, bientôt suivies des incisives latérales : on compte six incisives à dix mois et huit à onze ou douze. Le groupe des incisives met donc six mois à se montrer ; il est complet à un an.

L'ordre d'éruption des incisives est quelquefois légèrement interverti : les incisives latérales inférieures sortent quelquefois avant les supérieures, ou bien l'on observe que, le groupe incisif et molaire s'enchevêtrant, les incisives latérales inférieures sont devancées par les deux petites molaires inférieures.

Les molaires de lait apparaissent d'un à deux ans, les premières avant les secondes et généralement les supérieures avant les inférieures. Mais normalement, entre la première et la seconde molaire vient se placer la canine. Les canines se montrent le plus souvent avant les dernières molaires, après les premières ; les canines supérieures précèdent les inférieures.

L'éruption des pièces de la première dentition se fait par paires de même nom, à quelques jours d'intervalle l'une de l'autre. Entre les différents groupes se placent ordinairement des temps d'arrêt,

dont le plus considérable est celui qui sépare la canine de la deuxième molaire. A partir de l'âge de dix-huit mois, la régularité de l'ordre chronologique fléchit assez souvent. La canine met quelquefois une lenteur manifeste à percer ; de même, la deuxième molaire peut manquer pendant longtemps, et même, chez un enfant absolument bien nourri et en dehors de l'état de la maladie, son éruption peut se faire attendre jusque vers l'âge de deux ans et demi. D'autre part, les temps d'arrêt peuvent manquer, l'éruption se fait alors d'une manière continue, l'enfant se trouve constamment en état d'évolution dentaire.

Cette chronologie, donnée par M. Comby, nous l'adoptons absolument, car elle s'est rapportée, dans la très grande majorité des cas, aux enfants normaux que nous avons observés, nourris au sein par une bonne nourrice et sans maladie intercurrente.

La première dentition, cependant, est loin de présenter chez les enfants cette régularité idéale ; elle est quelquefois précoce, elle est souvent tardive.

B. *Dentition précoce.* — Je n'insisterai pas sur les dents contemporaines de la naissance ; tout le monde en a vu des cas ; cela n'a aucune importance sur la santé ultérieure de l'enfant ; elles sont souvent d'une qualité très inférieure.

Il est plus intéressant d'étudier les dents qui se montrent dès le troisième ou le quatrième mois. Cette précocité peut n'être que partielle et ne se rapporter qu'aux incisives premières ; elle peut être absolue, porter sur l'ensemble de la première dentition : celle-ci se trouve alors achevée dans les environs du dix-huitième mois.

On a formé nombre de conjectures sur la valeur pronostique de l'éruption prématurée. On a prétendu que c'était un signe de force et l'indice d'une constitution robuste ; on a dit également l'inverse, que cette évolution hâtive correspondait à une dystrophie d'évolution du squelette ; on l'a rattachée à une maladie du fœtus, on a prétendu que c'était un présage des plus défavorables pour l'avenir, on en a fait un des signes précurseurs de la phtisie.

Toutes ces suppositions ne reposent sur aucune base sérieuse. La vérité est que cette particularité se rattache à l'ensemble évolutif du sujet et qu'elle fait partie le plus souvent d'une disposition familiale et même héréditaire. L'anomalie ne se présente, en général, jamais isolée dans une famille, les frères et les sœurs du sujet l'ont présentée ou la présenteront ; souvent même elle s'est produite chez les ascendants directs. Pour n'en citer qu'un exemple, nous connaissons une famille dans laquelle la mère a élevé ses onze enfants au sein jusqu'à dix-sept, dix-huit et même vingt-six mois. Tous ces enfants ont eu leurs premières dents de bonne heure, à quatre, cinq ou six mois, jamais plus tard. L'aînée s'est mariée à dix-sept ans ; à dix-huit, elle mettait au monde un bébé, qu'elle nourrissait elle-même, avec régularité et méthode, et qui, à quatre mois, perçait ses deux incisives médianes inférieures.

C. *Dentition tardive.* — Le retard dans l'évolution de la première dentition apparaît à des époques variables, et il y a lieu, je crois,

de distinguer entre la dentition tardive et la dentition retardée. La première se manifeste dès le début et porte sur l'ensemble de la dentition temporaire. Le retard, dans la deuxième forme, n'apparaît qu'au cours d'une dentition déjà commencée.

Dans la dentition tardive dans son ensemble, le retard peut être très léger, léger et grave.

Très léger, il s'observe chez les enfants dont la toute première enfance a été un peu difficile, chez ceux même qui, entourés de soins, ont dû subir des changements de nourrice ou qui, de temps en temps, ont supporté de légères crises de maladie. Les incisives sortent un peu tardivement ; mais une fois que l'enfant a repris de la force, en même temps que de l'âge, le retour à la règle normale s'effectue insensiblement, dans le cours de la deuxième année.

A un degré plus avancé, nous voyons la première dentition ne commencer que vers l'âge de dix mois, et, loin de regagner le temps perdu, le ralentissement se perpétue même au cours de la deuxième année. Cette forme s'observe très rarement chez des enfants nourris au sein ; elle est fréquente au contraire chez les sujets au biberon, surtout chez ceux dont l'allaitement n'est pas pratiqué avec l'hygiène rigoureuse nécessaire, quand il n'y a pas de régularité, qu'on ajoute au biberon des décoctions vulgaires de pain, de gruau, d'orge. Il n'est pas rare que ces enfants présentent de temps à autre des troubles dyspeptiques et que leur abdomen soit déjà volumineux.

Toutefois, ici encore, le vice de l'alimentation n'est pas trop prononcé, et, bien que fort préjudiciable, le retard dentaire reste encore léger. Il devient grave, au contraire, quand l'enfant atteint l'âge d'un an sans avoir percé la moindre incisive ; alors peuvent survenir toutes les anomalies d'éruption, et c'est dans ces cas que le public est disposé à voir se produire les fameux accidents de dentition. C'est que ce retard de la dentition porte sur des individus de constitution très spéciale. A part quelques cas exceptionnels, on peut être sûr qu'il s'agit ici de nourrissons confiés à des soins mercenaires, à la campagne, loin de toute surveillance, ou dans des milieux de misère et d'ignorance, nourris on ne sait comment et certainement ayant mangé de bonne heure. Ils ont les membres maigres, le ventre saillant et dur, ils marcheront tard, et sont déjà, en grande partie, des candidats au rachitisme.

Voilà pour ce qui est de la dentition tardive.

La dentition, non plus tardive dans son ensemble, mais retardée ou ralentie, est celle qui se produit lorsque les premières dents sont venues à leur heure. Le retard se manifeste alors à partir des incisives latérales ou des molaires; il y a un temps d'arrêt manifeste aux environs du terme de la première année. Mais, si l'on veut bien considérer les choses, c'est aussi vers cette époque que beaucoup de nourrissons changent d'alimentation et traversent le passage dangereux du sevrage partiel. On n'ose pas encore leur retirer le sein, mais on commence à les mettre à table, et, au lieu d'une alimentation rationnelle, dans laquelle le lait doit tenir

la plus grande place, on fournit à leur estomac, encore débile, un contingent plus ou moins fort de panades grossières, de soupes de ménage, de pains, d'œufs, et même de fromage, de légumes, etc.; c'est à ce moment que, dans les campagnes, on commence à faire boire aux enfants du cidre ou de la bière, dans les villes du vin et du café. Il se produit alors toute une série de perversions alimentaires qui retentissent tôt ou tard sur la nutrition générale du sujet et dont un des premiers effets est d'entraver la marche normale de la dentition. Il se produit des perturbations plus ou moins grandes dans l'ordre de sortie des dents, et c'est également à ce moment qu'engendrés par ces abus apparaissent les phénomènes dyspeptiques si longtemps mis sur le compte de la dentition.

J'ai prononcé, Messieurs, il y a un instant, le mot de rachitisme. J'ait dit que le retard grave de la dentition sévit de préférence sur un groupe d'enfants et que sur nombre de ceux-ci vont se manifester bientôt les symptômes de cette si longue et si importante maladie de l'enfance. C'est un fait que Glisson, dès 1650, avait déjà remarqué; depuis, tous les auteurs l'ont signalé, et la statistique de Fleischmann, qui porte sur 476 observations, en fournit une preuve indéniable. Il y a, en effet, un rapport très important entre ces deux séries de phénomènes, et, chose digne de remarque, le retard de la dentition peut, dans bien des cas, être considéré comme un symptôme prémonitoire du rachitisme. Mais, à dire vrai, ce sont aussi les mêmes raisons qui président à l'évolution et qui sont à l'origne de l'une et de l'autre des dystrophies, car on admet universellement aujourd'hui que la cause première du rachitisme réside dans l'allaitement artificiel, le sevrage prématuré, l'alimentation précoce et les perversions nutritives qui en résultent. Remarquons-le, le retard des dents coïncide avec l'apparition du vice de l'alimentation; aussi, n'est-il pas rare de voir les rachitiques avoir leurs premières dents entre six et huit mois, alors qu'ils étaient encore au sein et convenablement nourris, tandis que, pour compléter leur dentition, il leur faudra attendre jusqu'à trois ans ou trois ans et demi. C'est que chez eux la perversion alimentaire n'a commencé qu'au sevrage. Le retard de la dentition coïncide avec le début du retard de la consolidation des os, de sorte que l'anomalie dentaire n'est pas fonction du rachitisme, elle en est une manifestation parallèle et souvent un signe avant-coureur, dépendant, comme lui, de l'élaboration défectueuse des produits d'une alimentation déréglée.

Au titre des dystrophies graves de l'enfance, les auteurs affirment que la syphilis héréditaire et la tuberculose retardent l'évolution dentaire. Le crétinisme et l'idiotie, d'après les remarques de Bourneville, agissent dans le même sens.

Quant à l'influence des pyrexies aiguës, survenant dans le cours des deux premières aunées, les opinions sont partagées. On admet généralement qu'une rougeole, qu'une pneumonie ou une broncho-pneumonie, par exemple, produisent un certain retard dans la chronologie dentaire; mais le contraire est soutenu également.

Fleischmann a émis une opinion mixte, en disant qu'une maladie fébrile aiguë hâte l'éruption du groupe qui est sur le point d'arriver à l'extérieur, mais qu'elle entrave la nutrition et retarde la sortie des autres. L'idée est ingénieuse, mais nous avons vainement cherché à en vérifier la valeur. Ce qui est vrai, c'est qu'une pyrexie aiguë n'entrave pas la sortie des dents ; il n'est pas rare de voir, au cours d'une maladie fébrile, plusieurs dents apparaître à leur date régulière. Pour les groupes ultérieurs, la sortie n'est retardée que lorsque la convalescence est longue et lorsque l'enfant s'est cachectisé ; quand l'enfant est robuste et que les suites de la maladie sont bénignes, la chronologie de la dentition suit son cours régulier.

Nous avons fini avec l'évolution physiologique de la première dentition et nous allons nous occuper maintenant des accidents que la poussée des dents temporaires peut occasionner, tant au point de vue local qu'à celui de la santé générale de l'enfant.

II. Accidents de la première dentition [1]. — On appelle communément accidents de dentition l'ensemble des symptômes morbides que provoque ou semble provoquer l'éruption des dents de lait.

Nous n'insisterons pas sur l'importance attribuée si longtemps à ces phénomènes ; depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, la dentition a tenu lieu d'étiologie courante à la plupart des affections de la première enfance, des plus légères jusqu'aux plus graves. C'est en vain que, s'érigeant contre l'erreur unanime, quelques esprits impartiaux, le dentiste Bunon (1743), Serres (1817), Tomes (1859), essaient d'apporter des restrictions à l'engouement général ; c'est en vain que des praticiens expérimentés, comme Bouchut, Steiner, Bednar, essaient de timides réserves, rien ne prévaut contre le sentiment général, et actuellement encore l'influence de la dentition sur la santé des enfants est considérée comme un facteur de premier ordre.

C'est à Politzer, en 1874, que revient l'honneur d'avoir le premier, de nos jours, énergiquement nié l'influence de la dentition sur les maladies de l'enfance, et d'avoir posé en principe qu' « il y aura danger pour les enfants tant que l'idée de dentition périlleuse n'aura pas disparu de la pathologie ». Ces idées furent soutenues par Fleischmann en 1877, et par Johann Stein, de Prague, en 1880 ; mais elles n'eurent qu'un retentissement restreint. En France, les opinions anciennes prévalurent longtemps. M. Magitot, cependant, dès 1880, par ses travaux et ceux de son élève Lévêque, avait vivement attaqué le rôle de la dentition en pathologie infantile ; M. Comby, dans un mémoire très documenté, avait bien montré à quoi se restreignent les accidents de la dentition. Mais ce n'est que de la discussion à l'Académie de Médecine de Paris, en 1892, que date le mouvement général qui renversa les errements anciens. M. Magitot eut le courage de provoquer cette discussion, et le talent

1. Ce qui va suivre est extrait en grande partie de l'article : *Dentition*, que j'ai fait paraître dernièrement dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, en 5 vol., publié sous la direction de MM. Grancher, Comby, Marfan, chez Masson, éditeur, mars 1897.

d'y soutenir avantageusement ses opinions ; il émit le vœu que « la classe des maladies de dentition fût définitivement rayée du cadre de la nosographie ». Ce vœu ne fut pas adopté, mais les idées qu'il contenait portèrent leur fruit, et, à l'heure actuelle, on peut dire qu'elles sont presque universellement acceptées.

Cela ne veut pas dire qu'il faille nier absolument l'influence de la première dentition sur l'état de santé des enfants. Il y a certes là une influence qui peut occasionner localement des manifestations plus ou moins intenses, ou qui peut très indirectement déranger le fonctionnement régulier des organes ; mais c'est de près qu'il faut examiner cette influence, c'est avec une extrême prudence qu'il faut admettre ce qui est proprement causé par les phénomènes dentaires. Ce qu'il faut combattre, au contraire, c'est la tendance à englober, sous une dénomination trop vague, un nombre trop grand de faits qui lui sont manifestement étrangers ; il faut démembrer le « molimen dentaire », comme l'appelait Trousseau, et n'en admettre que ce que la physiologie, d'une part, et les phénomènes viscéraux concomitants, d'autre part, en peuvent accepter. Il faut distinguer, pour les étudier, les phénomènes morbides de la première dentition en accidents locaux et en accidents généraux ou réflexes.

A. *Accidents locaux.* — Sous cette appellation il ne faut comprendre que les affections engendrées dans la bouche ou dans les régions annexes par le travail dentaire : ce sont les complications buccales d'un acte physiologique buccal. Chez le nourrisson, et particulièrement pour les incisives, on peut suivre pas à pas le travail du gonflement du germe dentaire, et assister au travail de l'éruption de la dent. La gencive grossit et présente sur ses faces externe et interne une saillie arrondie ; le bourrelet formé par le bord libre de la gencive s'efface graduellement ; la muqueuse, à ce niveau, se tend, s'amincit, puis éclate, pour ainsi dire, en un point, sous l'influence de la poussée intérieure ; petit à petit la dent apparaît. Chez l'enfant sain et bien nourri, l'éruption des dents se fait d'ordinaire sans bruit, sans éclat et presque toujours à l'insu de l'entourage. Il n'est pas rare, cependant, de constater que, plusieurs jours auparavant, le bébé a mordillé avec plus d'activité que d'habitude les objets à sa portée. Chez un certain nombre ce travail du percement de la gencive ne va pas sans une inflammation locale : au niveau des gencives, la muqueuse est rouge, violacée, même boursouflée ; elle est douloureuse à la pression, chaude ; l'enfant salive en abondance, il s'impatiente, et l'aspect de ses gencives, joint à la versatilité de son humeur, témoigne d'un prurit dentaire plus ou moins durable.

Quelquefois à ces symptômes d'irritation hypérémique simple se joignent des complications, et l'on voit se former des exsudats et même des ulcérations. Généralement tout se borne à un enduit blanchâtre, léger, siégeant sur le bord et sur les faces de la gencive, en s'étendant à droite et à gauche, bien au delà du point de naissance de la dent. Cet exsudat, pultacé, mais assez adhérent,

repose sur une muqueuse rouge, gonflée, non ulcérée, mais qui saigne facilement. Il y a donc là une gingivite qui se traduit fonctionnellement par du ptyalisme, de la fétidité de l'haleine, une sensibilité de la bouche suffisante pour empêcher le nourrisson de prendre le sein, et quelquefois aussi par un état saburral des voies digestives supérieures. On peut même observer, quand il s'agit des molaires, un léger état d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Pour ces dernières dents on peut quelquefois remarquer les phénomènes suivants : l'irritation prend comme siège le capuchon de la muqueuse qui, incomplètement perforé, est pour ainsi dire soulevé par la dent. Celui-ci prend alors l'aspect d'un clapet violacé, mamelonné et ramolli, sur lequel on constate un exsudat blanchâtre, lequel peut, d'ailleurs, s'étendre aux parties voisines.

Tout se borne généralement à des accidents de ce genre, et, la dent ayant perforé la gencive, et des soins de propreté intervenant, l'hypérémie primitive prend fin et tout rentre dans l'ordre. Cependant, on a signalé des faits plus graves, dans lesquels les micro-organismes pathogènes de la cavité buccale entrent en virulence et déterminent des accidents plus marqués. Alors on peut voir survenir des stomatites ulcéreuses et ulcéro-membraneuses, avec lésions disséminées, gangrène superficielle de la muqueuse, fétidité de l'haleine, ptyalisme considérable, adénopathie douloureuse, fièvre, diarrhée, et même adynamie rapide. Nous avons observé également un cas où le travail de l'évolution d'une molaire de lait avait occasionné, chez un enfant de vingt mois, un véritables abcès de la gencive avec fluxion, bien que la dent en elle-même eût été, ainsi que l'on put le vérifier par la suite, absolument saine. Tous ces derniers faits sont éminemment rares ; ce sont des complications tout à fait exceptionnelles, qui ne s'observent que chez les enfants dont la bouche, mal entretenue, réalise un milieu de choix où les fermentations microbiennes n'attendent qu'une occasion pour se développer. Ces accidents locaux prennent d'ailleurs une large part de leur étiologie dans la manière dont l'enfant est nourri. M. Gibert, du Havre, a, par une statistique, montré que les stomatites, tout à fait exceptionnelles chez les enfants au sein, sont, au contraire, d'une grande fréquence chez les sujets élevés au biberon.

Cela nous indique que la meilleure prophylaxie des accidents locaux de la première dentition réside dans une alimentation régulière et normale, ainsi que dans une propreté minutieuse et une antisepsie aussi active qu'il est possible de la cavité buccale. Le traitement des accidents infectieux procède des mêmes principes ; quant aux palliatifs apportés au prurit dentaire et à l'inflammation gingivale, ils sont très nombreux ; nous mentionnerons seulement quelques collutoires calmants : le sirop de belladone, la cocaïne, le chloroforme au centième et au cinquantième, la teinture d'opium au vingtième, le bromure de potassium au dixième, tous d'ailleurs inutiles et de peu d'action. L'incision des gencives, qui aurait des

résultats si merveilleux et dont on a tant abusé, sera réservée pour les cas rebelles.

B. *Accidents généraux.* — Sous cette appellation, vague à dessein, nous groupons tous les accidents viscéraux variés et disparates que l'on rendait autrefois tributaires de la dentition. Ce sont des manifestations à distance, longtemps appelées accidents sympathiques, faute d'une pathogénie plus précise. Ces accidents généraux étaient de cinq ordres différents : hyperthermie, convulsions, manifestations cutanées, accidents respiratoires, phénomènes gastro-intestinaux.

La fièvre, pour certains auteurs, pouvait être intense. Blachez l'aurait vue atteindre 41° 9. D'autre part, Peter a affirmé avoir constaté, au moment de la percée des dents, une élévation locale parfois de deux degrés, sur la température normale. Les convulsions étaient de gravité variable; certaines aboutissaient à la mort. Cependant, du temps de Trousseau déjà, on sentait que l'on abusait dans l'étiologie de tous les accidents éclamptiques de la raison dentition; l'illustre auteur enseignait que l' « éclampsie peut exister indépendamment de la dentition ». C'est M. Chaumier, de Tours, qui, en 1892, eut l'idée de proposer que ces accidents pouvaient bien n'être que la première manifestation d'un état pathologique du système nerveux, qu'il appela l'hystérie infantile. Ollivier, à l'Académie, adopta ces idées et les défendit. Pour les affections des organes respiratoires, on signalait depuis un rhume de dentition jusqu'à des poussées asthmatiformes et congestives, survenant à chaque éruption de dent, en passant par toute la série des accidents spasmodiques : spasme de la glotte, faux croup, toux coqueluchoïde, etc. On décrivait une longue suite de dermatoses : feux de dents, érythèmes, prurigo, gourmes. L'impétigo, avec ses symptômes bien particuliers, « croûtes jaunâtres, formées par la dessiccation d'un ichore, qui suinte continuellement » (Blachez), était aussi une dermatose de dentition. On admettait même des ophtalmies, des otites de dentition. Enfin, ce qui était le plus grave, avec les convulsions, c'étaient les troubles digestifs, caractérisés par des vomissements et une diarrhée, qui, chaque année, faisaient périr des centaines de nourrissons.

Aujourd'hui, il ne reste plus rien de tout cela. On n'observe plus ni fièvre ni diarrhée, ni bronchite ni dermatoses de dentition, ou, du moins, dans toutes les maladies de ce genre on ne rencontre plus, entre les troubles viscéraux et l'éruption dentaire, ce rapport étiologique qui en a si longtemps imposé à nos devanciers. Débarrassé de ce point de vue faux, on pousse plus loin l'examen des petits malades, on approfondit le diagnostic, et toujours on trouve à ces phénomènes une raison qui aurait échappé, si l'on s'en était tenu à l'hypothèse de l'influence de la dentition. Malgré tout le respect que nous avons pour nos prédécesseurs, nous sommes forcé d'admettre que presque tous les accidents qu'ils mettaient sur le compte de la dentition reposaient sur une erreur d'interprétation. En ce qui concerne les hyperthermies, la chose ne paraît plus

faire de doute. La coexistence d'une éruption de dents avec une élévation considérable de la température n'est sûrement qu'une coïncidence. Quant aux manifestations pulmonaires de la dentition, ce sont elles qui ont été les premières abandonnées. Il y a, en effet, nous l'avons dit, des enfants qui sont continuellement en activité dentaire; si, à chaque quinte de toux, on leur regarde dans la bouche, on peut être sûr de trouver, si l'on veut s'en tenir à l'influence de la dentition, une explication de leurs symptômes. Mais, de là à admettre entre la dentition et le phénomène pathologique une relation de cause à effet, il y a une distance qu'il ne nous est plus permis franchir.

Il existe une considération sur laquelle on ne saurait appeler trop vivement l'attention et qui donne la raison de la plupart des accidents imputés faussement à la dentition, ou du moins la raison des troubles gastro-intestinaux, des convulsions et des dermatoses : c'est l'influence de la mauvaise alimentation et de l'élaboration irrégulière des substances digestives. Au premier rang figure la suralimentation, d'autant plus dangereuse qu'elle est presque générale; puis viennent toutes les perversions alimentaires: l'allaitement artificiel mal pratiqué, le sevrage précoce, l'addition prématurée d'aliments impropres, le défaut de propreté des accessoires, et ces mille causes qui retentissent plus ou moins rapidement, sur le tube digestif, en y accumulant les substances nuisibles et les produits d'une digestion imparfaite. Quand on sait combien est direct le rapport qui existe entre l'alimentation et les troubles dyspeptiques, quand on admet que, neuf fois sur dix, les convulsions sont d'origine gastro-intestinale, quand on connaît tout le groupe énorme de dermatoses dues aux vices de la nutrition, on se rend compte que la plupart des accidents de dentition sont de purs phénomènes d'auto-intoxication. Voilà la véritable série étiologique des pseudo-accidents dentaires, voilà sur quoi doit porter, avant tout, l'attention médicale: au lieu de surveiller la bouche, on doit savoir ce qu'on met dans la bouche des enfants. Et ce faisant, avec de la patience, et en rusant souvent avec les nourrices, on arrivera à se convaincre qu'au début de ces diarrhées, de ces convulsions, de ces dermatoses, qu'on serait tenté d'attribuer à la dentition, on trouve, dans l'hygiène alimentaire du sujet, un trouble, une erreur, une légèreté. Et l'inverse est vrai également, car il est exact que, chez les enfants sainement nourris, ces prétendus accidents de dentition n'existent jamais.

Nous trouverions la preuve de ce que nous avançons dans les anciens auteurs eux-mêmes. Trousseau sentait si bien que les enfants élevés au sein exclusivement sont à l'abri des accidents de dentition qu'il exigeait que le sevrage ne fût pratiqué qu'après l'éruption des canines: « Déclarez, disait-il, que l'enfant doit téter jusqu'à seize dents ». Le même auteur nous fixe sur l'époque des accidents de dentition : il n'y a presque rien pour les deux premières dents, les troubles commencent avec les quatre suivantes; cependant les véritables accidents ne surviennent qu'à la fin de la première

année. C'est que, dirons-nous, généralement, aux premières dents, l'enfant est encore au sein exclusivement ; ce n'est qu'aux quatre suivantes que surviennent les additions prématurées au régime, et avec le sevrage coïncident les accidents sérieux et les plus grandes perturbations alimentaires. Blachez, partisan convaincu des accidents de dentition, avait observé également l'influence de la nourriture. Mais M. Pamard, le dernier champion des théories abandonnées, l'avoue lui-même quand il dit : « Tout enfant qui fait des dents dans la saison chaude est fatalement condamné, si on ne lui rend pas son alimentation naturelle, le lait ». Cet éminent auteur sentait bien, lui aussi, que l'histoire des accidents de dentition est, au fond, une question d'alimentation.

Malgré tout ce que nous venons de dire, nous ne saurions nier cependant que la dentition n'entre pas pour une part dans les déterminations morbides de l'enfance, et autant nous avons mis d'énergie à affirmer que des maladies dites de dentition, de dentition uniquement, n'existent pas, autant il est de notre devoir de reconnaître que, dans l'apparition ou la marche des maladies de l'enfance, la dentition plus ou moins facile peut être un facteur dont il faut tenir compte.

Car si l'on vient nous dire maintenant que l'agacement, l'état d'irritation de la bouche, le nervosisme, les insomnies, empêchent l'enfant de téter régulièrement, déterminent une anomalie dans sa vie et provoquent un état d'infériorité de ses voies digestives et des troubles de l'élaboration des substances alimentaires ; qu'il s'établit, par suite, constipation, diarrhée, exaltation des ferments intestinaux, puis urticaire, strophulus, convulsions même, là nous serons tout à fait d'accord pour admettre l'influence de la dentition. « Si la dentition n'est pas la cause prochaine et directe de la diarrhée, il faut reconnaître qu'elle en est parfois la cause indirecte » (Comby). C'est ce que M. A. Charpentier, qui fut pourtant à l'Académie un des défenseurs des accidents de dentition, a exprimé fort justement en disant : « L'enfant tétant mal, digère mal ; de là ces diarrhées si fréquentes au moment de la dentition et qui constituent si bien une maladie réelle que l'enfant peut succomber du fait seul de la diarrhée ». Ces accidents sont-ils si graves que le dit l'éminent accoucheur? Nous croyons que cela s'observait autrefois seulement, alors que, abusé par le mot diarrhée de dentition, on attendait que la dentition eût passé, sans rien faire pour réparer l'erreur ou remédier à l'écart du régime. Mais, la gravité de l'affection mise à part, nous sommes tout disposé à admettre, à ce degré, les accidents de dentition.

A quoi donc se réduit alors cette énorme question? Que deviennent ces accidents généraux, ces troubles sympathiques, ces manifestations réflexes, toute cette série innombrable de méfaits, ces coqueluches, ces convulsions, ces eczémas, ces fièvres? *Dentes matribus detestatæ*, que n'a-t-on pas mis sur votre compte! Mais aussi combien n'ont-elles pas fait mourir d'enfants, ces dents, non par les accidents qu'elles ont causés, mais par les idées fausses

qu'elles ont fait naître ! Vraiment, Magitot avait raison : il est nécessaire de rayer du cadre de la nosographie infantile les accidents généraux de la dentition.

Là pourrait s'arrêter, Messieurs, le cours de cette étude ; la chronologie et l'étude des accidents d'éruption de la première dentition forment évidemment la partie la plus intéressante du sujet ; on ne saurait cependant oublier de dire quelques mots de ce que vont devenir les dents temporaires de l'enfance.

III. Evolution de la première dentition. — Après l'importance attribuée de tout temps à leur éruption, on est surpris de constater l'indifférence absolue que l'on a toujours professée pour les dents de lait, une fois qu'elles sont sorties de la gencive. On ne surveille pas les premières dents des enfants, et, sous prétexte qu'elles tomberont bientôt, on semble ne vouloir s'en occuper jamais. Il y a là, cependant, quelques points qui intéressent le médecin et l'hygiéniste, et nous appellerons l'attention sur l'aspect morphologique de ces dents, sur leur résistance, leurs maladies et leur mode de disparition.

Je n'insiste pas, Messieurs, sur les caractères morphologiques ou histologiques de cette première dentition ; ce sont des choses que vous connaissez mieux que moi. Je désire seulement attirer votre attention sur quelques particularités.

Ces dents présentent quelquefois sur leurs faces des érosions, sur la valeur desquelles on a fait porter de sérieuses remarques. Ces accidents ne sont d'ailleurs pas spéciaux aux dents de lait, on les observe également sur les dents permanentes. Ils affectent quatre formes : en échancrure, en nappe, en escalier, en nid d'abeilles. L'érosion ne frappe jamais une seule dent ; quand elle existe, elle se manifeste symétriquement sur la dent homologue du côté opposé. On a cherché à rattacher son origine à certaines affections ayant exercé leur influence pendant l'existence intrafolliculaire de la dent. On a incriminé certaines pyrexies de l'enfance (Fauchard, Mahon, Tomes, Broca), l'éclampsie (Magitot). On en a fait l'apanage de la syphilis et du rachitisme. Parrot croyait à l'influence exclusive de la syphilis ; c'était une exagération manifeste ; quant au rachitisme, si l'on veut bien examiner une série de rachitiques, aux différents âges, on se convaincra aisément qu'il est tout à fait inexact d'attribuer à cette affection une influence dystrophique sur la structure de la dent : la plupart des rachitiques ont de belles dents, et, chez eux, les dents érodées ne sont pas plus fréquentes que dans la masse ordinaire des enfants.

Somme toute, il est impossible, à l'heure actuelle, de déterminer la valeur de l'érosion dentaire. Celle-ci est en rapport évidemment avec une altération du germe ; mais l'époque à laquelle celle-ci s'est produite, et la cause qui l'engendra, ne peuvent être précisées. On avait espéré, de l'examen de ces accidents, déduire la valeur séméiologique de la première dentition ; cela nous paraît impossible, les résultats fournis sont trop illusoires : la seule considération, à ce point de vue, qui ait de la valeur, c'est l'examen de la chrono-

logie dentaire, et nous nous sommes efforcé de montrer précédemment qu'on peut en tirer d'utiles renseignements.

Les dents temporaires sont des dents fragiles ; non seulement elles se brisent, mais aussi elles s'altèrent facilement. Chez bon nombre d'enfants, les dents se carient presque à la naissance ; chez certains, les dents, universellement cariées, s'effritent de bonne heure, et subsistent à l'état de chicots encastrés dans les gencives. Les raisons de cette fragilité ne peuvent être aisément déterminées ; il n'est pas rare, toutefois, d'observer que, chez les ascendants, les dents étaient également de mauvaise qualité. Les dystrophies constitutionnelles, les pyrexies infectieuses, la syphilis, paraissent, dans quelques cas, avoir une action ; mais ces rapports s'observent rarement d'une manière caractéristique. Le rachitisme, si longtemps incriminé, ne m'a pas paru avoir une influence bien nette ; si certains rachitiques ont des caries précoces, chez le plus grand nombre, au contraire, les dents subsistent longtemps sans altération.

On n'accorde d'ordinaire aucune attention aux caries des dents de lait. C'est un tort. Starck, de Heidelberg, a montré récemment que les dents cariées peuvent servir d'asile et de porte d'entrée aux bacilles de Koch ; il en est de même pour les autres espèces pathogènes. Les phlegmons péri-maxillaires, consécutifs aux caries, sont loin d'être rares chez les enfants, et un certain nombre d'adénopathies cervicales chroniques sont, à mon avis, sous la dépendance de lésions cachées ou passées inaperçues du système dentaire. Des dentistes éminents ont appelé l'attention sur la nécessité de soigner ces caries, car elles sont curables.

Mais, dans le public et même dans la pratique médicale, ces idées n'ont pas encore pénétré ; c'est grand dommage. C'est notre devoir à nous médecins, de signaler les conséquences graves que la négligence peut engendrer de ce côté.

Il en est de même pour les phénomènes d'expulsion physiologique des dents de lait.

Les dents temporaires sont expulsées progressivement vers l'âge de 6 à 12 ans ; leurs racines sont le siège d'une ostéite raréfiante, à la production de laquelle la présence des dents sous-jacentes prend une certaine part. Cependant, chez quelques sujets, on note des dents temporaires qui subsistent longtemps, même pendant toute la vie. Ces dents persistantes, longtemps considérées comme un signe de vigueur, ne doivent être conservées que lorsque la dent postérieure fait défaut ; autrement elles ne font que déranger la symétrie des pièces permanentes, et demandent à être enlevées dès que la dent de remplacement fait son apparition. L'orthodontie n'est, en effet, pas uniquement une chose de luxe et d'esthétique, elle est nécessaire pour la mastication régulière des aliments, l'hygiène de la bouche et la prophylaxie des caries précoces.

Si quelques dents de lait sont persistantes, le contraire est beaucoup plus fréquent. Beaucoup d'enfants perdent leurs dents avant que la pièce correspondante ait fait éruption. Les faits de ce genre ne sont pas avantageux : une dent qui disparaît prématurément

provoque un arrêt de développement du maxillaire à ce niveau, et une résorption alvéolaire qui peut gêner le développement de la dent de remplacement, ou qui, en tout cas, lui occasionnera une déviation plus ou moins sensible. Pour ces raisons, il ne faut pas se hâter d'extraire les dents de lait, même cariées. L'arrachement s'impose évidemment, si la dent, détruite jusqu'à la couronne, ne subsiste plus qu'à l'état de chicot, et surtout si des esquilles irrégulières déchirent la gencive ou la joue. Mais, si la carie peut être soignée et surveillée, si elle n'occasionne ni douleur ni accidents de voisinage, il vaut mieux, pour l'harmonie des dents futures, la conserver. Inversement et par l'application de principes analogues, il est nécessaire de supprimer toute dent temporaire, dès qu'on voit la dent permanente saillir dans son voisinage.

Telles sont, Messieurs, les considérations qui m'ont semblé présider à l'évolution de la première dentition chez les enfants. C'est un sujet éminemment intéressant, c'est un de ceux où l'art dentaire a le besoin de prendre le plus de connexions avec la clinique médicale ; c'est aussi un de ceux dont on s'est le plus longtemps désintéressé, et bien des dentistes ont eu très souvent l'occasion de le déplorer pour l'harmonie ou la netteté des dents chez les adultes. Je serais heureux si ma modeste étude pouvait contribuer à propager nos idées sur ce point dans le public médical comme dans le grand public et à montrer qu'il y a là un point de médecine et de chirurgie spéciales, digne d'attirer les plus grandes attentions.

DES RAPPORTS DE L'ANATOMIE DE LA DENT DE SIX ANS AVEC LA RECHERCHE DES CANAUX.

(*Particularités sur l'extraction de la 1re grosse molaire supérieure.*)

Par M. Louis Richard-Chauvin,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'anatomie exacte des grosses molaires inférieures, en ce qui concerne la cavité pulpaire et les canaux, a été fixée par nous dans une communication faite à la Société d'Odontologie en octobre 1886[1]. Jusqu'à cette époque on notait comme anomalie la présence de trois canaux dans une molaire inférieure. A la suite de la communication, et pour appuyer nos conclusions, nous avions apporté cent molaires inférieures. Ces dents avaient été préparées de telle sorte qu'un fil de fer très fin était passé dans chaque canal ; les dents étaient assez largement excavées pour que la cavité pulpaire fût bien découverte et pour que les canaux fussent très visibles. Le résultat de nos investigations a été publié par nous dans l'*Odontologie*.

Dans notre communication nous demandions un supplément

---

1. Chauvin et Papot. *Odontologie*, oct. 1886.

d'enquête, estimant que, pour l'édification de nos confrères, notre préparation de 100 dents était insuffisante. Pour nous, notre opinion était faite depuis longtemps par notre pratique, puisque l'idée de cette préparation de 100 dents ne nous était venue qu'une fois notre communication mise à peu près debout. Il est à penser que l'enquête a eu lieu, car la recherche de deux canaux dans la racine antérieure des grosses molaires est classique maintenant, au moins à l'Ecole dentaire de Paris ; aussi avons-nous été très surpris de voir un fait anatomique aussi démontré remis en question par M. Frey [1], qui dit en effet :

Pour la racine antérieure, on peut dire que le canal se dédouble d'une façon presque constante, — constante même pour M. Amoëdo (communication orale).

La présence constante de deux canaux dans la racine antérieure de la dent de six ans ne semble donc pas certaine au Dr Frey, bien qu'il mentionne à ce sujet une affirmation absolue de M. Amoëdo faite, dit-il, dans une communication orale.

Nous n'avons insisté que dans la pensée de remettre cette particularité en mémoire, et non pour le vain plaisir de faire rendre à des dentistes la paternité d'une découverte qui leur appartient exclusivement.

Quoi qu'il en soit, il est établi depuis 1886 : 1° que la racine antérieure des dents inférieures de six ans est toujours pourvue de deux canaux ; 2° que la racine postérieure en possède également deux dans la proportion de 25 à 35 0/0 ; 3° que la recherche de ces canaux est assez facile si l'on se rend compte de la position qu'occupe le premier canal découvert ; 4° que la racine antérieure de la deuxième grosse molaire elle-même est pourvue de deux canaux dans la proportion de 93 0/0.

Il est tout aussi intéressant d'établir la forme rigoureuse de la cavité pulpaire des molaires supérieures, et la situation exacte de leurs canaux. Comme la dent elle-même, la cavité pulpaire des molaires supérieures représente assez exactement la forme cubique, au moins dans la partie la plus rapprochée de la face triturante. Vers l'entrée des canaux, cette forme est atténuée par l'étranglement *très marqué* du collet au niveau de la racine postérieure, tellement marqué que cette racine est très divergente à son extrémité et très convergente à son point de réunion avec la couronne. Elle est par conséquent très oblique de bas en haut et de dedans en dehors. Si nous ajoutons que la cuspide antérieure est plus saillante que la postérieure, que la racine antérieure est à peu près perpendiculaire, il sera facile de se rendre compte que les deux canaux externes ne peuvent se trouver sur une ligne parallèle à la face extérieure de la dent. Au lieu d'un triangle formé par les trois canaux, ayant pour base la ligne de réunion de deux canaux externes, et pour sommet, à angle très aigu, le canal palatin, le

1. Dr Frey. *Monographie de la dent de six ans*, chap. IV, p. 27.

triangle formé par les trois canaux a pour base une ligne légèrement oblique partant du canal antérieur et réunissant le canal palatin, et pour sommet, à angle très obtus, le canal postérieur. Cette disposition est la cause d'une erreur qui consiste à prendre le canal postérieur pour l'antérieur, dans une cavité pulpaire imparfaitement préparée. Aussi n'est-ce pas le canal postérieur qui est difficile à trouver, il se présente immédiatement même avec une ouverture imparfaite ; c'est l'antérieur qui forme dans le canal pulpaire un angle très rentrant et de telle sorte qu'il est presque toujours nécessaire de recourber les broches pour y pénétrer. Il est aussi moins perméable que le postérieur, parce que sa racine est aplatie, tandis que la racine postérieure est ronde, quoique de petit diamètre.

Ce sont ces points d'anatomie, mal connus des élèves, qui occasionnent souvent leurs erreurs dans la recherche des canaux des molaires supérieures, erreurs entretenues, du reste, par les publications de certains anatomistes. En effet, la pratique la plus courante consiste à agrandir la cavité pulpaire alors qu'il est simplement nécessaire de la dégager de ses parois pour voir nettement l'entrée des racines. Il est évidemment inutile de creuser les parois de la dent, au point de la traverser; les canaux qui existent ont leur issue dans la cavité primitive et non dans l'extension qu'on lui donne.

Quelques autres points d'anatomie des premières grosses molaires supérieures nous fournissent également des documents pour l'extraction de ces dents.

La première grosse molaire est nettement étranglée au collet, c'est-à-dire à sa jonction avec les racines. Du côté palatin cet étranglement est compliqué de la divergence de la racine palatine. Il s'ensuit que tous les efforts imprimés au davier pour le pousser en hauteur, ont pour effet dans le mouvement de serrage de ramener les mors au collet. Il ne faut pas oublier que la racine palatine est arrondie, sauf à son point d'union avec la couronne, où vient s'épanouir le sillon qui sépare les deux cuspides. Elle décrit une courbe dont la convexité atteint son maximum vers la partie médiane, d'où il résulte :

1° Qu'il est inutile de multiplier les efforts pour faire pénétrer le davier en hauteur, puisque fatalement il doit redescendre au collet;

2° Si l'on considère la position oblique de la racine palatine qui dépasse, en son point le plus saillant, le plan délimité par la face triturante de la couronne, on comprendra l'inutilité des mouvements de va-et-vient de dedans en dehors, et surtout inversement, que l'on imprime au davier. Ce second mouvement a pour résultat de ramener la dent à sa place, ce qui est au moins inutile. Voici le mode opératoire que nous avons adopté, enseigné et pratiqué avec succès : le davier, tenu de la main droite, est placé au collet de la dent, et ensuite maintenu par la main gauche qui le saisit près de son articulation. Un doigt est placé entre les branches pour éviter un serrage trop considérable pendant les mouvements de luxation. Le dos de la main gauche, appuyant fortement le

maxillaire inférieur, prévient le ballottement de la tête. Sans le serrer, mais en l'arc-boutant fortement au collet, le davier doit être poussé de bas en haut avec une force continue et progressive ; on commence alors un mouvement de luxation de dedans en dehors, unique, très lent et continu. La poussée en haut assure à la dent, à l'extrémité des racines externes sur le fond de l'alvéole, un point d'appui solide, qui devient le centre du mouvement décrit par la couronne pendant le temps de la luxation.

La force employée peut être assimilée à celle exercée par un levier dit du second genre.

Si l'opération est pratiquée suivant les règles décrites plus haut, es dangers de fracture sont à peu près nuls. Le seul mouvement est celui que l'on imprime de dedans en dehors, et il est fort rare que l'on soit obligé de l'interrompre.

DES RAPPORTS DU TRAITEMENT CONSERVATEUR DE LA PULPE AVEC LA NUTRITION DE L'IVOIRE.

Par M. Louis Richard-Chauvin,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,

Et par M. Léon Richard-Chauvin fils,
Chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 11 *mai* 1897.

Le traitement conservateur de la pulpe réside uniquement dans e coiffage. Cette opération est indiquée seulement alors que la pulpe est intéressée, à un degré quelconque, à la suite d'une carie dentaire. Elle consiste à isoler de tout contact l'organe de nutrition de l'ivoire. Le but de cette thérapeutique est de conserver à la dent atteinte ses moyens de nutrition ; les efforts tendent, pour obtenir ce résultat, à pratiquer l'antisepsie de la carie de telle manière que la pulpe puisse continuer ses fonctions à l'abri de toute décomposition ultérieure.

Le coiffage, préconisé par Witzel, Weston, Coleman, etc., est actuellement de pratique courante ; il se fait de deux manières : 1° en recouvrant directement avec du ciment la pâte antiseptique mise en contact direct avec la pulpe ; 2° en interposant entre cette pâte et la matière obturatrice destinée à la cavité, une cupule métallique qui doit protéger la pulpe contre toute pression.

Les pâtes antiseptiques les plus généralement employées sont : les pâtes de Witzel, Weston, Rosenthal, Lehr, ou des mélanges préparés extemporanément : iodoforme et oxyde de zinc, essence de girofle, — oxyde de zinc, essence de girofle, — solution ethérée de copal, etc., etc.

L'*Odontologische Blätter* donne, dans un article, la formule d'une pâte appelée : l'iodoformagène, qui est essentiellement une combinaison de sels iodés, d'une part ; de phénol, eugénol, lysol,

d'autre part. Cette pâte peut être appliquée directement sur les pulpes, même nettement contaminées, sans qu'il y ait à craindre pour l'avenir les redoutables complications amenées par les caries infectieuses. Nous avons vu M. Heïdé pratiquer à la clinique le coiffage d'une pulpe dont l'asepsie, comme celle de la dentine avoisinante, était plus que douteuse. Quel sera le résultat de cette tentative? C'est le temps seul qui peut nous fixer à cet égard.

Il est certain qu'en matière de coiffage beaucoup de praticiens ont fait preuve d'une grande audace en opérant sur des pulpes ayant subi des poussées inflammatoires aiguës ou chroniques, et même dans des cas d'hypertrophie. Il va de soi que c'est après avoir fait subir à l'organe protégé un traitement approprié suivant le cas : excision des tissus altérés à l'aide de la lancette ou du thermo-cautère, médication antiseptique..... Witzel, après l'excision, devenue nécessaire, de la masse incluse dans la cavité pulpaire, croit utile de garder les ramifications canaliculaires des racines.

En attendant des preuves nombreuses et certaines de réussite, appuyées par des statistiques authentiques, nous considérons comme empirique toute méthode qui consiste à pratiquer le coiffage de pulpes ayant subi un commencement d'inflammation bien caractérisée. L'examen macroscopique est insuffisant pour permettre de déterminer dans quelles proportions l'organe est atteint et, comme l'examen microscopique n'est pas encore possible *in situ*, la plus grande réserve nous paraît s'imposer vis-à-vis d'une opération dont les suites ne sont pas absolument inoffensives. Il ne faut pas oublier que la pulpe contient dans sa masse une certaine proportion de cellules embryonnaires, lesquelles, dans les affections inflammatoires, constituent un facteur important de la suppuration.

En l'absence d'accidents ultérieurs bien démontrés, il resterait à prouver que les organes mutilés continuent à remplir leurs fonctions physiologiques, c'est-à-dire que le but que l'on s'est proposé est atteint. A ce point de vue, nous considérons comme inutile la conservation des filets radiculaires. Quelles que soient les conditions de coiffage et en admettant que les cellules odontoblastes fonctionnent normalement, nous ne voyons pas nettement la nécessité d'activer une production calcaire dans les canaux.

Nous ne croyons pas davantage prudent de pratiquer le coiffage sans avoir excisé toute la dentine ramollie ; c'est cependant ce que nous avons vu faire bien souvent. Là encore il ne nous paraît pas possible de déterminer d'une façon sûre les résultats de l'antisepsie. Il est possible d'obtenir un succès momentané; mais, si les microbes qui ont envahi la dentine sont seulement atténués, le processus pathologique récidivera avec accidents plus ou moins redoutables. Les phénomènes inflammatoires suivent la même marche dans la pulpe que dans les autres tissus, jusqu'à la régression exclusivement. Là, en effet, il n'y a pas à compter sur la résorption des produits inflammatoires. Le peu d'activité circulatoire de l'organe ne donne pas aux globules phagocytes l'occasion de lutter avec avantage.

Somme toute, le coiffage nous semble devoir être exclusivement

réservé pour les dents dont la pulpe se trouve exposée sans avoir été infectée même partiellement. Encore en semblable occurrence agira-t-on sagement en isolant la dent au moyen de la digue pour éviter des chances supplémentaires d'infection que pourrait amener l'invasion de la carie par la salive.

Limité à ces cas bien précis de la pathogénie dentaire, le coiffage est-il néanmoins toujours indiqué ? C'est ici qu'interviennent la question de la nutrition de l'ivoire et les contre-indications au traitement conservateur qui en découlent.

Dans une communication précédente nous avons insisté sur l'augmentation constante et progressive de la densité de l'ivoire par le travail physiologique de la pulpe. Or il est évident que, chez un très jeune sujet, qu'il s'agisse d'une molaire de six ans (ce sont les plus exposées à la carie) ou d'une autre dent, le coiffage, s'il peut être pratiqué dans de bonnes conditions d'asepsie, est non pas seulement légitime, mais même nécessaire. Il y a le plus grand intérêt à conserver un organe qui, pendant de longues années, doit remplir d'utiles fonctions. Chez un adulte jeune l'utilité de l'opération, quoique moins pressante, est encore très défendable ; mais chez un sujet d'un certain âge où la dentine possède une densité suffisante, il n'y a pas urgence à tenter les chances d'une opération, qui n'est jamais mathématique, pour un bénéfice plus que douteux. Donc, à notre avis, la question d'âge se pose nettement quand il s'agit du traitement conservateur de la pulpe, et déjà nous pouvons établir en principe, d'une manière générale : 1° que le traitement conservateur est absolument indiqué chez les sujets jeunes lorsqu'il présente des garanties suffisantes de succès ; 2° qu'au contraire le traitement destructeur s'impose chez les sujets ayant dépassé l'âge moyen.

Il est bien évident qu'en pareille matière il est difficile de fixer une limite d'âge précise, d'autant plus que, sous l'influence de circonstances diverses, la pulpe peut être le siège d'une suractivité fonctionnelle qui augmente rapidement la densité de l'ivoire.

En dehors de la densité acquise physiologiquement avec le temps, la pulpe peut donc produire de la dentine secondaire sous diverses influences. La nutrition dentinaire est un phénomène sans analogue dans l'économie, en ce qu'il ne comporte pas de désassimilation, de sorte que la dent accumulant les sels minéraux marche fatalement vers la dégénérescence calcaire. Cette dégénérescence normale de l'organe dentaire peut être hâtée par une suractivité occasionnelle ou de prédisposition.

Certaines diathèses sont des causes prédisposantes de minéralisation de la dent. En première ligne, on peut placer la diathèse rhumatismale. Les rhumatisants sont sensibles plus que quiconque aux irritations occasionnées par les impressions thermiques sur les dents, et ce que l'on a appelé : « l'ossification pulpaire », qui est assez fréquente, est, chez eux, un phénomène banal. Dans le cas de carie atteignant la pulpe, quel intérêt y aurait-il pour eux à conserver un organe qui leur est plutôt nuisible ?

D'une manière générale on peut dire que, dès que les dents ont acquis leur densité normale, la pulpe n'est plus indispensable. Dès que la dégénérescence calcaire commence, ou même si des troubles de nutrition, ayant pour conséquence la formation de calculs, peuvent se produire facilement, elle devient nuisible. Il n'est pas rare d'observer des accès névralgiques occasionnés par un nodule volumineux faisant pression sur des parties molles restant dans la cavité pulpaire, et le point de départ des douleurs n'est pas toujours facile à préciser. Il nous paraît acquis, quant à nous, que la pulpe cessant d'être utile devient nuisible et que la meilleure thérapeutique consisterait à la faire disparaître des dents même intactes si cette pratique était possible. Il est vraisemblable que peu de malades se prêteraient à cette opération et qu'il faut se contenter de ne pas la conserver *ne varietur* dans les caries du 2e ou du 3e degré.

Dans notre pratique nous avons limité l'application du coiffage seulement aux sujets jeunes. A partir de 35 à 40 ans, surtout chez les diathésiques, nous ne reculons devant aucune occasion légitime de pratiquer l'extraction de la pulpe et des nerfs.

Pour conclure et donner en deux mots les indications et contre-indications du coiffage, nous nous résumons ainsi :

Indications du coiffage : dans tous les cas, chez les sujets jeunes, lorsque la pulpe n'a subi aucune poussée inflammatoire et qu'il est possible d'exciser la dentine infectée.

Contre-indications : le coiffage est contre-indiqué chez les sujets d'âge moyen, surtout chez les diathésiques.

UN CAS DE PROTHÈSE RESTAURATRICE DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR.

Par M. Lemaire,
Élève de 3e année,
Présenté par M. Martinier,
Professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

Communication à la Société d'Odontologie. Séance du 11 *mai* 1897.

Le sujet G... est âgé de 24 ans, cultivateur, demeurant à Souvigny (Indre-Loire) ; ses antécédents héréditaires sont bons ; son père est âgé de 67 ans, n'a jamais été malade et ne se plaint actuellement que de rhumatismes articulaires ; sa mère, âgée de 55 ans, se porte très bien et n'a jamais été malade ; son grand-père est mort à 81 ans, d'une attaque d'apoplexie ; sa grand'mère est morte à 76 ans. Du côté des oncles et tantes pas d'antécédents héréditaires. Un frère est mort à 4 ans, d'une méningite.

Le patient n'a jamais été malade jusqu'à 21 ans ; au moment de l'éruption de sa dent sagesse inférieure gauche, il ressentit quelques douleurs, qui l'obligèrent à aller consulter, à défaut

de dentiste, le médecin de la localité, lequel pratiqua l'extraction de cette dent déjà cariée, assure-t-il.

Environ six mois après cette extraction, le patient eut au niveau de l'alvéole de cette dent un abcès qui dura une huitaine de jours. L'abcès terminé, une ulcération persista et s'étendit de plus en plus.

Un an et demi après, le Dr X... appliqua à l'extérieur un emplâtre, qui produisit une escarre de la grandeur d'une pièce de cinq francs ; en même temps les ganglions de la région sous-maxillaire se prenaient, et l'un d'entre eux atteignait le volume d'un œuf de pigeon. A ce moment, c'est-à-dire deux ans après l'extraction, le Dr X... adressa son malade au médecin en chef de l'hôpital civil de Tours, qui lui-même l'envoya à l'hôpital de la Pitié, à Paris.

M. Guérin y entra le 23 octobre 1896 et fut opéré, le 17 novembre suivant, par le Dr Faure.

Avant l'opération le Dr Reclus avait diagnostiqué un ostéo-sarcome, tandis que le Dr Berger pensait avoir affaire à un épithélioma térébrant ; mais la tumeur enlevée et soumise à l'examen histologique, on reconnut un ostéo-sarcome.

Deux mois après, le malade nous fut envoyé pour que nous lui fissions un appareil prothétique destiné à remplacer les parties réséquées.

Voici dans quel état il se présente à nous :

La face est très déformée par suite de la résection des 2/3 du maxillaire inférieur, c'est-à-dire de toute la portion gauche depuis le condyle jusqu'à la canine droite incluse. Il porte une longue cicatrice qui part de la région parotidienne, au-dessous du lobe de l'oreille, et qui descend d'arrière en avant jusque vers la symphyse du menton. Les brides cicatricielles sont à ce moment épaisses et très tendues, et attirent à elles la partie restante du maxillaire inférieur, de sorte que l'articulation du fragment restant est faussée. Le malade ne peut plus mastiquer. Il est obligé de se nourrir d'aliments liquides. Il perd abondamment sa salive, parle assez difficilement et la prononciation est considérablement altérée.

M. Martinier voulut bien nous charger du soin de lui faire un appareil prothétique. Voici ce que nous imaginâmes :

1° Une cage en platine emboîte presque de toutes parts le fragment du maxillaire inférieur ; cette cage descend très bas, prenant ainsi un fort point d'appui sur le maxillaire et non sur les dents, afin de ne pas trop les fatiguer. A cette cage sont soudées deux fortes tiges en maillechort, destinées à soutenir un maxillaire artificiel reposant lui-même sur les brides cicatricielles ;

2° Une pièce palatine en platine, à laquelle est soudée verticalement et du côté droit une plaquette également en platine, de forme à peu près rectangulaire. Cette plaquette glisse en dedans et contre une autre plaquette en caoutchouc, fixée elle-même à la cage en platine à l'aide de vis.

Ces deux plaquettes, en glissant l'une sur l'autre, sont destinées à empêcher les mouvements de latéralité et à maintenir constamment dans sa position normale le fragment du maxillaire restant,

dans les mouvements d'abaissement de la mâchoire inférieure.

Du côté gauche, un fort ressort à boudin, maintenu à l'aide de porte-ressorts, était destiné à distendre les brides cicatricielles autant qu'il était possible ; ce résultat a été obtenu assez facilement. Nous avons d'ailleurs, au fur et à mesure que les brides se relâchaient, ajouté une épaisseur de gutta-percha en dessous et sur le côté externe de l'appareil inférieur, gutta-percha destinée à être remplacée par du caoutchouc noir dès que nous jugerons la restauration de la face suffisante, et le patient tout à fait habitué à son appareil.

Le malade porte cet appareil depuis le 30 mars 1897, et l'a dès les premiers jours très bien supporté. Nous n'avons à signaler qu'une seule petite ulcération, derrière la première petite molaire inférieure droite et qui a persisté quelque temps.

Le 14 avril, c'est-à-dire 15 jours après la mise en place de l'appareil, le ressort est enlevé sans aucun inconvénient ; l'appareil est bien en place et d'une fixité absolue ; le malade mange à sa guise de la viande et affirme lui-même qu'il pense bientôt pouvoir manger du côté gauche, c'est-à-dire du côté où l'appareil repose sur des parties molles. Il ne perd plus sa salive et parle assez distinctement.

La principale difficulté consistait à distendre les tissus cicatriciels, qui devaient supporter l'appareil, sans occasionner d'ulcérations assez sérieuses pour amener des complications. Ce résultat a été obtenu, puisque, ainsi que nous l'avons relaté plus haut, nous n'avons eu qu'une très légère ulcération buccale assez vivement disparue.

Je suis heureux de pouvoir ajouter cette contribution aux nombreux travaux de prothèse restauratrice, et d'être à même de vous présenter ce cas, dont les résultats satisfaisants ne peuvent être mis en doute.

UN CAS D'ANALOGIE DE TERMINAISON (RÉSORPTION RADICULAIRE) ENTRE LA PÉRIODONTITE SUBAIGUË ET LA RÉIMPLANTATION.

Par M. Georges Mahé,
Démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

« On n'observe aucune modification dans le mode d'attachement des dents qui ont perdu la pulpe *in situ*. La dentine de la racine, quoique son tissu vivant soit mort, est encore recouverte de cément vivant, et rien par conséquent n'altère les conditions normales d'union entre la racine et les parois alvéolaires. Si le contenu du canal pulpaire n'est pas enlevé, et qu'une obturation convenable soit faite, il peut en résulter un état d'inflammation dont la conséquence sera la mort des parties molles du cément. Si l'inflammation est reconnue et si l'on fait en sorte de ramener la dent à la santé, la situation de cette dent *sera analogue à celle d'une dent réimplantée ou transplantée qui serait restée hors de la bouche*

un temps suffisant pour amener la mort du périodonte et des parties molles du cément [1]. »

Je ne crois pas que jusqu'ici cette opinion originale de Black, assimilant les dents réimplantées aux dents qui ont été le siège de périodontite ou *vice versa* ait été remarquée en France, comme elle le méritait, en raison même de son originalité.

Mon intention n'est pas cependant de la discuter ici, ni pour l'infirmer ni pour l'approuver, car je n'ai pas une expérience personnelle assez étendue de la question de la réimplantation. Je veux simplement rapporter un cas qu'il m'a été donné d'observer, dans lequel une dent primitivement affectée de périodontite finit comme finissent souvent les dents réimplantées, par résorption radiculaire.

Il s'agit d'une 1re I. S. G. traitée vers la fin de septembre 1895 pour une carie du 4e degré ayant évolué d'une façon insidieuse. Dans les premiers jours du traitement, par suite des manœuvres opératoires, la dent fut le siège d'une périodontite intense. Cette inflammation fut traitée par les moyens révulsifs ordinaires, mais elle fut très rebelle et récidiva deux fois. La dent, après guérison de cette poussée inflammatoire, fut obturée le 10 octobre suivant.

Durant huit mois elle ne donna lieu à aucun symptôme autre qu'une certaine sensibilité assez vague sous des chocs répétés. Mais, dans les premiers jours de juin 1896, elle devint rapidement, sans cause appréciable, très sensible, en même temps qu'elle exécutait un mouvement de rotation dans le sens disto-proximal.

Je revis la malade le 9 juin. Le tableau clinique que présentait alors la région malade montrait quelque chose d'un peu spécial, sur quoi j'insisterai légèrement.

La dent, qui occasionnait de vives douleurs, était d'une mobilité extrême; la gencive était fortement congestionnée, ainsi que le palais. Le visage était œdématié suivant le trajet de la veine faciale. La pression éveillait au niveau de l'aile du nez une forte douleur et une sensibilité encore très appréciable à l'angle interne de l'œil. Les tissus ainsi infiltrés *étaient blancs et non rouges ; la température locale n'était pas élevée.* De plus, je notai avec intérêt une *éruption de plaques érythémateuses disposées sur le trajet exact du nerf maxillaire supérieur.*

Ce n'était pas, dans l'ensemble, l'aspect d'accidents essentiellement infectieux ; cependant je crus d'abord à une récidive de l'infection primitive, et, craignant une phlébite de la veine faciale, avec propagation à l'ophtalmique, je parlai tout de suite d'extraction.

La malade n'y voulant pas consentir, j'ouvris la dent avec peine, mais ne pus dégager complètement le canal qui avait été obturé avec de l'amiante stérilisée et imbibée d'une dissolution chloroformique de gutta. Je pénétrai cependant assez loin pour constater qu'il n'y avait pas de trace d'infection dans le canal. Je fis également deux ponctions au thermocautère, l'une gingivale, l'autre palatine, avec un égal insuccès ; *il n'y avait pas de pus* dans les tissus infiltrés.

Je tentai de calmer la douleur par une révulsion énergique faite sur la gencive. Le calme ainsi obtenu fut très court.

Le surlendemain, l'extraction n'était plus différable, les douleurs

---

1. G.-V. Black, cité par G. Weld, in *American System of Dentistry*, t. II, p. 378.

étaient plus vives que jamais, l'inflammation avait gagné la canine et l'incisive voisine, et l'œdème atteignait l'œil.

Une injection de gaïacoléine me permit de pratiquer l'opération sans trop de douleur.

L'intérêt de cette observation réside tout entier dans l'état où je trouvai la racine après l'extraction.

Elle était nécrosée sur toute sa longueur, et la résorption occupait presque parfaitement toute la moitié labiale de la racine. Le canal radiculaire était atteint, parfaitement visible sur toute sa longueur et totalement ouvert vers le milieu de la racine, au point où la résorption était le plus accusée.



F. proximale.



F. labiale.



F. distale.

Fig. 52.

Ainsi s'expliquaient la rotation de la dent, l'irritation et l'inflammation intenses qu'elle provoqua, sans que ces symptômes eussent les caractères d'accidents infectieux.

Je crois bon de spécifier que rien dans l'état général de la malade ne peut être invoqué pour expliquer ces phénomènes. Elle est dans toute la force de l'âge (28 ans), d'une excellente santé habituelle et totalement exempte des diathèses qu'on invoque d'ordinaire dans les cas où un fait banal en soi s'est déroulé d'une façon anormale ; elle n'offre particulièrement aucun signe de diabète ni de brightisme. Au point de vue local, aucune cause prédisposante n'a pu être relevée ; le traumatisme, si souvent incriminé, n'est pas en cause ici, l'articulation était normale et la malade niait absolument un choc quelconque.

Une seule interprétation, toute naturelle d'ailleurs, me semble admissible :

Au début du traitement, inoculation du périodonte par quelques germes refoulés par la sonde ; périodontite consécutive dont l'intensité et la durée indiquent soit une virulence spéciale de l'agent infectieux, soit sa localisation étendue et sa prolifération rapide dans le périodonte. Nous manquons de données pour apprécier la première hypothèse ; mais nous pouvons, d'après l'évolution de la maladie, affirmer la réalité de la seconde.

Comme il arrive parfois dans les inflammations intenses et étendues, à siège directement inaccessible, la guérison n'a pas été totale, et d'aiguë la lésion est devenue chronique.

Il est resté sur la portion labiale du périodonte une zone où la

congestion permanente s'est pour ainsi dire établie : il en est résulté une hyperplasie du périodonte, qui insensiblement s'est étendue à la presque totalité de sa face antérieure.

Le périodonte ainsi organisé a joué vis-à-vis du cément, puis de la dentine, le rôle du périoste enflammé vis-à-vis de l'os, dans l'ostéite raréfiante, ou, d'une façon plus exacte encore, le rôle qu'il joue lui-même sous le nom de *fongus*, de *corps absorbant* de Tomes, dans la chute des dents temporaires.

Ici comme là, pour résumer brièvement un processus qui n'a pas à être décrit ici, il y a une succession de modifications dans les tissus en présence, dont la résultante finale est la *digestion de la partie radiculaire de la dent par les « ostéoclastes »* du périodonte hyperplasié.

Or, c'est par un mécanisme identique que disparaissent souvent, après un temps plus ou moins long, les dents réimplantées ou transplantées.

Il y a donc eu, dans le cas que je viens de rapporter, similitude entre les deux processus, comme le pense Black.

On ne peut certes baser ou défendre une doctrine sur des faits aussi isolés, et, comme je l'ai dit en commençant, telle n'est pas mon intention. J'ai pensé seulement qu'en raison même de sa rareté ce cas pourrait paraître intéressant à ceux qui connaissent la question.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Réunion du mardi 11 mai 1897.

Présidence de M. Ed. Papot, président.

La séance est ouverte à 9 h. 1/2.

M. Papot. — Le procès-verbal de l'avant-dernière séance a été publié ; quelqu'un a-t-il des observations à y formuler ?

Aucune observation n'étant présentée, le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

I. — Des rapports du traitement conservateur de la pulpe avec la nutrition de l'ivoire.

M. Richard-Chauvin donne lecture de cette communication (Voir *Travaux originaux*).

Discussion.

M. Viau. — Il serait avantageux que M. Chauvin nous fît connaître sa manière d'opérer et sa préférence pour les coiffages.

M. Richard-Chauvin. — Je n'ai pas parlé de la façon d'opérer le coiffage, car j'ai cru inutile d'entrer dans des détails connus de tout le monde ; mais si vous croyez bon que je mentionne ma façon de faire, j'ajouterai quelques explications à ce sujet. Je pratique le

coiffage avec la petite capsule métallique, parce qu'il y a intérêt majeur à ce que la pulpe ne soit jamais comprimée. Je me sers donc du mode habituel, lavage de la cavité, antisepsie, etc.

M. Godon. — Quels médicaments employez-vous pour faire la pâte qui doit recouvrir la pulpe?

M. Richard-Chauvin. — Je me sers d'une pâte extemporanée, essence de girofle, oxyde de zinc, iodoforme ; mais on en a proposé bien d'autres, celles de Witzel, de Lehr, etc., etc. On a aussi préconisé le formagène à l'aide duquel on peut, paraît-il, sans exciser la dentine ramollie du fond de la cavité et en rapport avec la pulpe, faire le coiffage immédiat.

M. Weber. — M. Heïdé emploie le formagène depuis trois ou quatre mois et n'a pas eu d'accidents infectieux ; mais ce n'est pas un coiffage que ce médicament lui sert à pratiquer, c'est plutôt une momification par un caustique à base d'acide formique.

M. Richard-Chauvin. — Il faut attendre les résultats.

M. Meng. — Il y a trois ou quatre mois, j'ai mentionné le cas d'une dent soignée autrefois. Obligé de désobturer cette dent, je trouvai de l'iodoforme sous l'obturation ; la chambre pulpaire était ouverte et la pulpe apparaissait très rose et bien vivante. Ce traitement avait été fait trois ans auparavant.

M. Godon. — Nous ne saurions trop appeler l'attention de nos confrères sur l'utilité de conserver l'organe central de la dent ; c'est une très bonne pratique de procéder au coiffage. Cependant ce traitement aboutit souvent à la mortification de la pulpe, et il survient des périostites intenses, faute de précautions suffisantes.

Je n'ai pas entendu M. Chauvin parler du coiffage temporaire de la pulpe ; pourtant, à la suite d'un accident opératoire ou dans des cas douteux, il est préférable au coiffage définitif. En effet, le plus souvent, lorsqu'on est en présence d'une pulpe malade, on voit l'organe s'ulcérer et se gangréner. Il faut donc pouvoir se rendre compte, au bout d'un certain temps, si l'on a pratiqué le coiffage, de la façon dont la pulpe se comporte, et c'est pour cela que cette indication du coiffage temporaire me paraît utile. Une thérapeutique révulsive sur la gencive facilitera à la pulpe la reprise de ses fonctions.

Un autre mode de coiffage dont, en Allemagne, on est très partisan, c'est l'amputation d'une partie de la pulpe avec coiffage de la partie restante, ou l'amputation même de la pulpe sans les filets radiculaires. Après lavages et application antiseptiques, directement à l'entrée des canaux et sur la section des filets nerveux, on procède à l'obturation. Mais nous croyons que ce procédé ne peut s'employer qu'avec un sujet bien portant, afin d'éviter la décomposition ultérieure des parties restantes et les périostites consécutives.

M. Viau. — Beaucoup d'auteurs ont confondu le coiffage, qui n'est qu'une opération temporaire pour permettre à la pulpe de réparer les désordres produits, avec l'emploi de la pâte allemande.

Le praticien qui a tenté le coiffage doit être sûr de la réparation.

M. Richard-Chauvin. — Y a-t-il réparation ? Je ne vois pas la nécessité de faire produire des sels de chaux dans les canaux où peut-être on aura besoin d'aller.

M. Weber a dit qu'avec le formagène on tente la momification de la pulpe ; dans ce cas on ne peut rien espérer des débris de pulpe restants. En général, la conservation de la pulpe et de ses fonctions a une grande importance ; mais, arrivé à un certain âge, je ne comprends pas la peine qu'on prend, le coiffage n'étant indiqué que chez les jeunes sujets.

M. Loup. — Il y a une distinction à faire lorsque nous parlons de coiffage. En effet, qu'il s'agisse de la conservation de la pulpe avec toutes ses fonctions physiologiques, ou bien de ces traitements tendant à nous éviter l'extraction de cet organe en mettant en rapport avec lui une pâte antiseptique, antiputride même, nous employons toujours le même terme. C'est une confusion utile à éviter en n'appliquant le terme de coiffage qu'à l'opération qui consiste à conserver ou tout au moins à tenter de rétablir par des soins appropriés la santé de la pulpe.

Le procédé dont se sert M. Héïdé, le formagène, d'après ce qu'en dit M. Weber, ne me paraît pas un traitement conservateur, mais simplement un traitement destructeur de la pulpe.

Lorsque la pulpe a eu une poussée aiguë ou même une simple inflammation ayant déterminé chez le malade une douleur plus ou moins vive, le traitement conservateur ne doit pas être tenté, et c'est là aussi, je crois, l'avis de M. Chauvin.

Je ne suis pas du tout de cet avis. J'accepte sa classification au point de vue de l'âge, qui autorise ou n'autorise pas la conservation ; mais pour la pulpe malade, jamais je ne fais un coiffage immédiat, et en cela je suis assez d'accord avec M. Godon, quoique variant de procédé. Dans tous les cas je traite ma pulpe pendant quelques jours. Si l'exposition de cet organe est due à une manœuvre opératoire et si elle a subi une inflammation, il est bon de la soigner, de la faire revenir à la santé, de rétablir, en somme, toutes ses fonctions physiologiques, et c'est seulement lorsque le malade n'accuse plus aucune douleur, qu'il trouve lui-même sa dent parfaitement indolore, que moi-même je ne constate à la percussion aucun signe de maladie, ce n'est, dis-je, qu'à ce moment, que je fais le coiffage.

M. d'Argent. — La pulpe peut se réparer quand elle est enflammée légèrement. J'ai été longtemps l'ennemi des coiffages, car peu réussissent ; les trois quarts du temps, en effet, ils sont faits sans soins : ou bien on coiffe une pulpe malade ou bien le coiffage est compressif. Je suis absolument de l'avis de M. Loup : la pulpe doit être soignée avant de faire le coiffage, on doit lui faire recouvrer tout d'abord toute sa vitalité. Quant au coiffage en lui-même, je ne suis pas partisan de la manière dont on applique la cupule. A cet égard, la technique opératoire n'est pas suffisamment exposée dans les ouvrages.

La pâte antiseptique doit être appliquée à l'aide d'une petite boulette de coton trempée dans celle-ci. Plusieurs couches successives de la pâte sont déposées sur la pulpe, de façon à former une certaine épaisseur, puis laissées en état au moins quarante-huit heures avant l'obturation définitive.

Je ne suis pas d'avis, comme l'indique M. Godon, d'un coiffage temporaire, car il me semble imprudent d'enlever un coiffage pour voir l'état de la pulpe.

M. Weber. — Il y a deux facteurs principaux : la pulpe et la pâte. On peut admettre de ne faire un coiffage que si la pulpe est saine. Dans la pratique, M. Heïdé a toujours soin de laver la cavité avec du chloroforme, et ne procède jamais au coiffage dans les cas suspects. Mais quels sont les antiseptiques préférés ?

M. Loup. — Lorsque la pulpe est jugée suffisamment saine et apte à être conservée avec ses fonctions physiologiques, et non momifiée, point n'est besoin d'avoir recours à une pâte bien antiseptique ; une pâte neutre est probablement suffisante. La pulpe bien traitée, la cavité bien désinfectée, à l'encontre de M. d'Argent je fais une pâte — essence de girofle, iodoforme, oxyde de zinc — dont je mets une certaine quantité sur la pulpe, puis j'emploie comme cupule une petite plaque de cuivre rouge, le tout recouvert par la gutta-percha.

M. Godon. — Quand la pulpe est mise à nu accidentellement, il y a avantage à conserver l'organe et à faire un coiffage définitif et immédiat ; alors il y a 90 chances sur 100, s'il n'a pas été commis de fautes opératoires, d'obtenir la guérison. Mais si la pulpe est infectée, peut-on coiffer immédiatement ? On ne le peut pas. Même dans de bonnes conditions, que deviendra l'organe ? S'il y a une plaie et qu'on ne la panse pas, l'organe se mortifiera sous le coiffage. Il y a donc lieu de faire, comme nous le signalait M. Loup, des pansements pour rétablir les fonctions de la pulpe, surtout si celle-ci s'est trouvée infectée.

Les inflammations de la pulpe doivent se traiter comme toutes les plaies, et il ne faut faire du coiffage que quand il n'y a plus de suppuration.

M. Richard-Chauvin. — Il est très difficile de mesurer le degré d'infection d'une pulpe ; aussi me tiendrai-je sur la réserve à propos des cas heureux signalés. J'ai vu un jeune garçon de 14 ans auquel on avait coiffé une dent de six ans ; trois ans après, il ressentait des douleurs épouvantables. J'ai ouvert la dent, et me suis trouvé en présence d'un pulpe putréfiée.

J'estime que dans ce cas le coiffage n'a servi à rien, car la pulpe n'a eu aucune utilité pendant tout le temps qu'elle est restée coiffée.

M. Loup. — Nous ne pouvons pas mesurer d'une façon mathématique le degré d'infection, de putréfaction ou simplement de maladie de la pulpe ; mais lorsque nous n'avons plus de douleur accusée par le malade et que, d'autre part, la percussion ne nous donne aucune sensibilité, nous sommes autorisés à penser que la

pulpe est revenue à son état normal, et, par suite, est apte à supporter l'opération du coiffage.

J'ai toujours traité la pulpe avant de la coiffer, et obtenu de très bons résultats; mais je ne l'ai pas tenté encore chez des enfants.

Je crois que la pâte que nous employons sert d'isolant dans bien des cas, surtout lorsque la pulpe n'a pas subi d'infection. En voici un exemple. Il y a à peu près un an, j'ai fait un coiffage dans les conditions suivantes : pulpe exposée n'ayant eu qu'une poussée inflammatoire; j'ai mis la digue, j'ai désinfecté parfaitement la cavité, excisé toute la dentine attaquée ; la pulpe avait été traitée préalablement par quatre ou cinq pansements, comme je l'ai déjà indiqué ; puis, à l'aide d'une boulette de ouate trempée dans une dissolution de gutta-percha dans le chloroforme, je touchai la pulpe et les parties environnantes jusqu'à ce que j'eusse une certaine épaisseur ; ensuite, avec une dissolution plus épaisse, à l'état de pâte, je mis une forte couche de chloro-gutta-percha et sur le tout une plaquette de cuivre rouge. Pas la moindre douleur depuis un an.

C'est là, je crois, un pansement neutre sans aucun antiseptique que le chloroforme, qui s'évapore tout de suite et ne peut compter dans la suite des temps.

II. — Appareil de restauration du maxillaire inférieur, par M. Martinier.

M. Martinier donne lecture d'une note sur ce sujet due à M. Lemaire, étudiant de 3e année (Voir *Travaux originaux*), et, présentant les moulages, il ajoute : « Le malade devait vous être présenté ce soir ; mais malheureusement il n'est pas là. Il a quitté Paris lorsque l'appareil fonctionnait bien ; et, malgré que l'étudiant lui eût recommandé de revenir pour y apporter certaines modifications, il n'est pas revenu. L'élève a pris le parti de l'aller chercher, quoique ce soit dans le département d'Indre-et-Loire ; il lui a offert à déjeuner pour le décider à venir, l'a ramené à Paris ; mais, à la gare, le malade s'est éclipsé.

Discussion.

M. Martinier. — Cette sorte de fuite ne m'étonne pas ; la reconnaissance n'est pas toujours le propre des malades que nous avons guéris.

M. Weber. — M. Heïdé a soigné un cas analogue, il a confectionné deux appareils successivement pour une moitié du maxillaire inférieur gauche opéré d'un sarcome.

Il semble que l'appareil aille bien ; d'ailleurs le malade vous sera présenté.

M. Papot. — A-t-on fait un double appareil pour le musée de l'Ecole ?

M. Martinier. — Oui. Dans les appareils de restauration il ne faut pas compter réussir tout d'un coup ; au fur et à mesure du résultat obtenu, on modifie l'appareil jusqu'à ce qu'on en fasse un définitif ; mais il y a forcément des tâtonnements inévitables.

M. Weber. — On pourrait sculpter sur l'empreinte elle-même.

M. Martinier. — Il faut toujours être prudent et ne pas chercher à obtenir un appareil immédiatement définitif. Il y a des déchirures à craindre, et des complications qu'il faut toujours éviter.

M. Godon. — Il faut convenir que ceux qui s'occupent de ces malades sont très méritants, car cette prothèse est d'une exécution difficile, fatigante et coûteuse. On ne saurait trop les féliciter.

M. Martinier. — Le malade se sert très bien de l'appareil. Beaucoup de malades croient que nous sommes tenus, par une subvention quelconque, de leur faire ces appareils gratuitement, et cela contribue à leur peu de reconnaissance.

Ainsi que je l'ai dit tout à l'heure, cette observation est due à M. Lemaire, et les moulages ont été faits par lui. Il y a lieu de l'en remercier et de le féliciter, ainsi que de la peine qu'il a prise en cette circonstance.

M. Papot donne lecture d'une lettre de l'Association des dentistes du Rhône.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
A. LOUP.

REVUE DE PATHOLOGIE DE LA BOUCHE ET DES DENTS.

I. — RÉSECTION DU GANGLION DE GASSER DANS LES NÉVRALGIES FACIALES REBELLES (Par *MM. G. Marchant et H. Herbert*).

De cette étude très intéressante et très bien documentée nous retiendrons les conclusions.

Il semble établi, disent les auteurs, que certaines névralgies faciales rebelles ont pour origine une lésion gassérienne. Le seul traitement de cette véritable gassérite est la destruction du ganglion de Gasser.

Lorsqu'il n'existe pas de lésion appréciable du ganglion et que son extirpation a été cependant suivie de la disparition de la névralgie, on peut expliquer la guérison par la destruction de ce centre nerveux, qui renferme des neurones ou cellules nerveuses, dont la simple section des nerfs ne supprime que les prolongements.

La voie temporo-sphénoïdale est la plus commode pour aborder le ganglion : la recherche de ses branches, et surtout celle du maxillaire inférieur dans le trou ovale, constitue les points de repère les plus sûrs pour découvrir et saisir le ganglion.

L'extirpation complète est possible. Le plus souvent, le ganglion de Gasser a été incomplètement extirpé et détruit soit par le currettage ou le broiement ; souvent même on s'est contenté de la résection simple de ses branches.

L'hémorragie, la blessure des nerfs, la compression cérébrale sont les différents accidents opératoires immédiats. Comme accidents consécutifs, on a à redouter, en dehors de l'infection (hémorragie secondaire), de l'intoxication iodoformée, des troubles oculaires, exceptionnellement des otites.

Comme résultat opératoire immédiat, il faut noter la cessation de la douleur, mais aussi l'abolition de la sensibilité générale dans le territoire des trois branches, et surtout des deuxième et troisième branches: mais cette anesthésie ne persiste pas longtemps.

Le goût, l'odorat, l'œil, l'ouïe se trouvent diversement modifiés. Les mouvements de la mâchoire peuvent rester gênés.

Au point de vue thérapeutique, la récidive est moins à redouter avec la destruction du ganglion qu'avec la simple section des branches.

Il ne semble pas jusqu'à présent que l'extirpation complète soit supérieure à la destruction simple du ganglion.

La mortalité brute a été de 17 sur 95 opérations.

66 opérations par la voie temporale ont donné 11 morts (dont 3 discutables), ce qui fait une mortalité de 12,12 pour 100.

29 opérations par la voie ptérygoïdienne ont donné 6 morts, soit 20,60 pour 100.

15 cas d'extirpation complète ont donné 5 morts (dont 3 discutables) soit 13,13 pour 100.

60 cas d'extirpation incomplète ont donné 8 morts, soit 13,33 pour 100.

15 cas de résection simple des branches ont donné 1 mort, soit 6,66 pour 100.

(*Rv. e de Chirurgie.*)

II. — Thrombose veineuse après l'avulsion d'une dent.

M. Apostat cite le cas d'une jeune femme de dix-neuf ans, ordinairement bien portante et ne se sentant nullement malade, qui s'adresse à un dentiste pour l'extraction d'une dent dont la racine était cariée. La petite opération est pratiquée sous anesthésie locale par pulvérisation de chlorure de méthyle, dont la malade ingère une petite quantité.

Le lendemain de l'opération, la personne est prise de douleurs et de pesanteur dans les membres inférieurs, de malaise général ; la température monte à 40°5, et à l'examen on remarque la cuisse droite tuméfiée. Dans la soirée, la tuméfaction envahit la jambe du même côté; l'exploration signale alors l'existence d'une thrombose de la saphène produisant la sensation d'un cordon dur sous la peau.

Quelques jours après, les mêmes phénomènes apparaissent dans le membre inférieur du côté gauche; au troisième jour, la température était tombée à 37°8, et, pendant quinze jours, elle a continué à osciller entre 37° et 38°.

Enfin, la malade guérit sous l'influence du repos au lit, de la quinine et de compresses résolutives.

D'après l'auteur, il y a eu, dans ce cas, infection générale avec localisation particulière aux veines; cette infection aurait eu pour point de départ la plaie septique laissée après l'avulsion de la dent malade.

(*Therapeut. Monats.*)

III. — Des fractures du nez.

C'est un sujet relativement peu connu que celui qu'aborde *Freytag* dans le *Monatschrift für Ohrenheilung*. Si les fractures de la cloison et celles des os propres du nez ont été assez souvent étudiées, celles des cornets et de l'apophyse montante dn maxillaire supérieur ont beaucoup moins exercé la sagacité des observateurs.

L'auteur insiste surtout sur ces dernières, car ces os, comme il le montre, peuvent également être lésés dans des traumatismes de différentes natures.

L'apophyse montante du maxillaire supérieur et, par son intermédaire, les cornets, sont surtout fracturés par des coups portés de côté, tandis que les coups atteignant le dos du nez de face frappent plutôt les os du nez et la cloison.

Freytag publie précisément un cas typique de fracture du cornet inférieur par traumatisme. Un jeune garçon de dix ans reçut un coup de poing sur le nez. Quinze jours plus tard, l'auteur vit que la moitié droite du nez était le siège d'un gonflement volumineux.

A ce même niveau, l'apophyse montante du maxillaire supérieur était très sensible à la pression. Les os propres du nez ne présentaient rien d'arnomal. Le dos du nez était légèrement déprimé. Enfin un écoulement purulent fétide sortait de la narine droite.

Si d'autre part, on introduisait un stylet dans la fosse nasale, on sentait un corps étranger, que l'enfant ne tarda pas à cracher, et qui était constitué par le cornet inférieur. On se trouvait donc bien en présence d'une fracture de cet os.

La chute du cornet inférieur fut suivie de la disparition de la tuméfaction extérieure. En même temps la fosse nasale se remplissait de croûtes. Le cornet moyen était saillant et épaissi, sa cloison était fortement déviée du côté opposé à la lésion. Le conduit lacrymo-nasal n'était le siège d'aucune lésion. En résumé, l'auteur compare la fosse nasale de et enfant à celle d'un malade atteint d'ozène, avec cette différence touefois qu'il n'y avait pas d'odeur.

Cette espèce de traumatisme est fort rare; mais peut-être un tamponnement approprié eût-il pu empêcher l'élimination du cornet. En tous cas, l'observation est curieuse à connaître, et méritait d'être publiée.

(*Gazette Médicale de Paris.*)

IV. — Stomatite ulcéro-membraneuse causée par l'antipyrine.

M. Dalché communique une observation de stomatite ulcéro-membraneuse typique causée manifestement par l'antipyrine. Cette stomatite se répéta plusieurs fois, et chaque fois les accidents apparurent de quatre à huit heures après l'absorption d'un gramme d'antipyrine. L'affection céda assez rapidement à des lavages boriqués et à une potion de chlorate de potasse à l'intérieur.

M. Dalché rappelle que c'est une rareté de constater des accidents aussi sérieux à la suite de l'administration de l'antipyrine. On en a, cependant, cité quelques cas analogues. Dans tous, les accidents se montrèrent après l'absorption de faibles doses d'antipyrine, chez des personnes qui, à d'autres moments, avaient, sans aucun inconvénient, pris des doses égales ou supérieures d'antipyrine.

(*Bulletin Médical.*)

V. — Étiologie des aphtes chez les enfants.

M. Edmond Chaumier a déjà, en 1886, prouvé la nature contagieuse et épidémique des aphtes. Depuis, il a observé 107 cas par groupes.

On peut inoculer les aphtes. Chez un enfant inoculé aux bras il y a eu des vésicules au point d'inoculation, des aphtes dans la bouche, de petites vésicules sur la peau et les lèvres.

Ces lésions rappellent celles de l'éruption cutanée des animaux frappés de fièvre aphteuse et semblent prouver l'identité des deux maladies; identité prouvée encore par la récidive dans les deux cas, la longue conservation des germes dans les écuries comme dans les habitations, le peu de durée de l'immunité produite par une première atteinte.

Les aphtes ne sont pas seulement une maladie locale; de plus, la fièvre aphteuse est contagieuse de la vache à l'homme qui, cependant, ne peut pas contracter les aphtes par le lait d'une vache contaminée.

(*Indépendance médicale.*)

VI. — Hémiatrophie de la langue (*Burr* de Philadelphie).

Une mulâtre, 31 ans, mariée, s'est présentée, le 23 septembre 1895, à l'hôpital, se plaignant que sa langue était de travers. En février 1895 elle commença à souffrir de maux de tête derrière l'oreille gauche. Quelques semaines plus tard, se réveillant la nuit par suite de douleurs de tète, elle trouva le côté gauche de sa langue enflé, noir et insensible. Pendant quelques heures elle ne put ni parler ni mâcher; sa respiration n'était pas gênée. Quelques jours plus tard, tous les symptômes avaient disparu, sauf les maux de tête. Elle n'aurait plus pensé à cet incident, si, tout récemment, elle ne s'était aperçue que sa langue était déformée.

Le côté gauche de la langue n'a environ que la moitié de volume du côté droit. La partie supérieure de la langue est régulièrement déprimée et élevée. Il n'y a pas de tic fibrillaire. Il n'y a pas de trouble dans l'élocution.

L'auteur ne peut conclure en définitive à l'étiologie de la maladie ; il ne donne que comme probable qu'on se trouve en présence d'une méningite syphilitique affectant plus ou moins la base du cerveau et comprimant les nerfs affectés.

(*Journal of nervous and mental diseases.*)

VII. — Diagnostic et traitement du tic douloureux de la face et de la migraine (Par *M. le Dr Gilles de la Tourette*).

La névralgie faciale ou mieux le tic douloureux de la face n'est autre que la névralgie du trijumeau. Ce nerf naît de deux racines: l'une motrice, l'autre sensitive; cette dernière seule est en cause dans le tic douloureux ; les points douloureux correspondent aux émergences périphériques de chacune des trois branches de la racine sensitive.

Pour la branche ophtalmique de Willis, on trouve les points susorbitaire, palpébral et nasal; pour le maxillaire supérieur les points sous-orbitaire, malaire, dentaire et le point palatin de Méglin, et enfin pour le maxillaire inférieur les points temporo-maxillaire, dentaire inférieurs, lingual et mentonnier.

Le tic douloureux cause d'atroces souffrances, qui surviennent le plus souvent par crise très intense

La thérapeutique de choix doit être l'opium à hautes doses, conseillé par Trousseau et Charcot.

Dans la migraine, le bromure de potassium ou plutôt les trois bromures associés administrés à doses progressivement croissantes et décroissantes, réussissent assez bien. — J. S.

(*Revue médicale.*)

VIII. — Troubles trophiques des dents d'origine hystérique.

Le Dr *Sollier* a attiré l'attention au congrès de Nancy (1896) sur un trouble trophique des dents qu'il croit devoir rattacher à l'hystérie.

Il s'agit d'une atrophie de la dent, qui commence par une érosion de l'émail, se montrant par petites places, de forme arrondie, à bords lisses, décroissant de la périphérie au centre, où la dentine est mise à nu. Une fois que l'émail est ainsi disparu sans carie sèche ni humide, la

dentine devenue très friable se désagrège, s'érode de plus en plus. Les nerfs mis à nu deviennent très douloureux spontanément et sous l'influence de tous les contacts. Le collet de la dent n'est presque pas attaqué ; la racine l'est rarement encore. Ce n'est qu'à la longue que ces parties sont touchées, s'altèrent et se désagrègent.

M. Sollier a observé ce trouble trophique dans deux cas où il y avait de l'anorexie hystérique de vieille date avec vomissements ayant duré très longtemps et ayant entraîné un état général des plus mauvais. L'évolution se fit très rapidement, et en quelques mois toutes les dents furent réduites en chicots douloureux qu'il fallut extraire.

Il n'y a pas déchaussement, de la dent, et l'alvéole est sain. C'est uniquement la dent (l'émail d'abord) qui est atteinte. Rien n'enraye l'évolution de ce trouble trophique, pas même l'amélioration ou même la guérison des autres phénomènes hystériques.

C'est bien d'un trouble trophique qu'il s'agit, car dans ces cas des dents de sagesse non encore percées parurent dépouillées en certains points de l'émail qui, sans doute, ne s'était pas développé.

Il n'y a qu'une intervention possible, l'extraction de toutes les dents et l'application d'un appareil de prothèse.

(*J. des Conn. médic.*)

IX. — Actinomycose circonscrite de la machoire.

M. Blanchard lit un rapport sur un travail de M. Ducor. Les cas d'actinomycose sont encore rares en France, puisque l'on ne possède qu'une quarantaine d'observations dont un tiers ont été fournies par M. Poncet et ses élèves. Le fait rapporté par M. Ducor a trait à une femme de quarante-deux ans.

Elle fut soumise au traitement par l'iodure de potassium à la dose de 2 gr. 50. On adjoignit à ce médicament des injections de sérum anti-streptococcique, qui fit disparaître du pus les streptrocoques. Enfin des injections de teinture d'iode furent faites en pleine tumeur. L'amélioration fut rapide, la guérison n'a jamais été complète, car la *restitutio ad integrum* était impossible par suite de l'énorme développement de la tumeur et des déformations consécutives ; mais l'état général redevint bon ; la maladie parasitaire était guérie.

(*Revue médicale.*)

X. — Actinomycose du maxillaire inférieur.

MM. Capdepon et Vitrac communiquent l'observation d'un malade qui vit se développer, à partir du mois de mars, une tumeur de l'angle du maxillaire inférieur gauche. Cette tumeur, d'abord dure, se ramollit ; puis il se produisit de la constriction des mâchoires. La collection purulente est incisée et drainée. Quelques jours après, apparaissent autour du foyer primitif des indurations qui s'abcèdent également. On pense alors à l'actinomycose, et, en effet, on trouve dans le pus d'un nouvel abcès les granulations pathognomoniques de cette affection.

(*Soc. d'Anat. et de Phys. norm. et pathol. de Bordeaux.*)

XI. — Tuberculose maxillo-gingivale.

M. Armand présente des pièces provenant de l'autopsie du malade dont M. Brindel a rapporté l'observation, dans la dernière séance. Les poumons sont atteints de lésions tuberculeuses dans presque toute leur étendue. Ganglions mésentériques volumineux. Le maxillaire supérieur droit présente une ouverture s'étendant de l'incisive latérale à la

deuxième grosse molaire. Le rebord de l'os est rosé, régulier, rugueux au toucher. On pénètre par cette ouverture dans un foyer de carie communiquant avec le tissu maxillaire. Amas caséeux: couleur blanc-grisâtre des lésions. Bacilles de Koch en nombre considérable.

(*Indépendance médicale.*)

XII. — ÉPULIS A MYÉLOPLAXES.

M. Mermet montre à la Société anatomique (29 mai 1896), des coupes histologiques d'une épulis à myéloplaxes, occupant la gencive supérieure chez une femme de vingt-sept ans, opérée par M. Schwartz.

Les préparations montrent qu'on a affaire à un noyau bosselé, irrégulier, de sarcome myéloïde, recouvert par l'épithélium gingival. Le derme de la gencive est le siège d'une infiltration embryonnaire intense ; on y remarque des vaisseaux lymphatiques, sanguins, dilatés et formant au niveau de sa face profonde un riche réseau ; il existe, en ce point, une zone conjonctive représentant une sorte de coque ou noyau sarcomateux sous-jacent.

Les vaisseaux manquent dans le tissu sarcomateux ; ils sont, au contraire, très abondants dans la membrane qui limite la tumeur.

XIII. — TUMEUR FORMÉE DE TARTRE DENTAIRE.

M. Tocheport présente à la Société d'anatomie de Bordeaux une tumeur formée aux dépens du tartre dentaire. Cette tumeur, du volume d'une noisette, était implantée au niveau de la dent de sagesse et de la deuxième grosse molaire du maxillaire supérieur droit. Le début de sa formation remonte à cinq ans, et depuis cette époque, la malade a cessé de manger de ce côté. Les deux dents atteintes sont complètement déchaussées, et le canal de Sténon sur le point d'être obturé. La pièce, remarquable par son volume, a été remise à M. le professeur agrégé Sabrazès pour être examinée au point de vue chimique et bactériologique.

M. Sabrazès. — Ces concrétions se forment presque toujours sous l'influence des fermentations microbiennes, qui ont pour effet de précipiter les sels de chaux.

M. Quéré. — Je ferai remarquer que ce malade a de nombreuses dents cariées du côté de la tumeur, si bien qu'il ne mange pas de ce côté depuis cinq ans, condition très favorable à la formation de dépôts calcaires. Lorsqu'on en rencontre, il y a grand intérêt à les enlever, car ils menacent les dents dans leur vitalité.

(*Revue médicale.*)

XIV. — ÉTUDE SUR L'IRRUPTION DES DENTS DANS LES FOSSES NASALES (Par *M. A.-W. Mac Coy.*)

L'auteur donne une bibliographie complète de ces cas, et en rapporte quelques-uns qui lui sont propres.

Les dents dans le nez déterminent non seulement une irritation locale et un écoulement purulent, mais encore de la toux réflexe et du spasme laryngé. Dans un cas de sarcome, l'examen de la narine fit découvrir par hasard une dent dans cet organe, et l'on peut se demander si, par sa présence, cette dent n'a pas déterminé une irritation qui expliquerait une tumeur maligne.

(*Pratique médicale.*)

XV. — L' « OÏDIUM ALBICANS » AGENT PATHOGÈNE GÉNÉRAL.

M. E. Ostrowsky. — Il y a deux ans, nous avons montré, avec d'autres

auteurs, que le champignon du muguet, introduit dans la circulation, provoque des accidents généraux, grâce à des mécanismes multiples. Les recherches que nous avons, depuis lors, poursuivies, toujours en collaboration avec M. Charrin, permettent de préciser ces faits.

Ce parasite, comme nous l'avons toujours dit, intervient par ses sécrétions, puisque nous avons pu, à l'aide de ces sécrétions, faire varier la température, la composition des urines, amener la mort, preuves plus que suffisantes.

Du côté de la glycémie, de l'isotonie des globules, des gaz du sang, les modifications ont été, il est vrai, peu marquées; néamoins, la certitude de ces données s'appuie sur l'autorité de MM. Kaufmann, Abelous, Langlois, qui les ont vérifiées.

Ce parasite intervient également, par un processus d'auto-intoxication, en ce sens que lésant les viscères, en particulier le rein, l'intestin, souvent d'une façon intense, il y a rétention relative d'une série de toxiques; les coupes histologiques, la toxicité accrue du sérum, de l'urine, les phénomènes observés (myosis, somnolence, etc.), l'établissent suffisamment. Il agit, en outre, mécaniquement, directement; les altérations sont surtout marquées au niveau des colonies, des foyers de pullulation, ce sont là des faits positifs que rien ne peut détruire ; le rayonnement existe mais il est beaucoup plus restreint que dans les infections bactériennes (il y a là une question de mesure, du moins dans les conditions où nous nous sommes placés) ; or, c'est là une particularité que nous avons eu soin de signaler.

Il est clair, en effet, que ces résultats peuvent varier, avec les milieux, avec la virulence de ce parasite ; on peut l'éduquer, l'amener à fabriquer plus de poisons ; de même les bactéries très actives agissent moins par elles-mêmes, localement, que si elles sont atténuées: c'est une notion banale, sur laquelle il n'est pas nécessaire d'insister.

Déjà, en 1895 (au mois de mars), nous avons obtenu l'état réfractaire ; toutefois, pour avoir une immunité valable, pour accroître la résistance, nous avons avons dû inoculer des doses successives d'un virus vivant, mais faible.

Pour le sérum des vaccinés, il subirait des modifications analogues à celles qu'ont signalées Pfeiffer, Charrin et Roger, modifications qui font que les microbes poussent tout différemment dans le sérum des sujets normaux et dans celui des vaccinés: ces faits sont la base du séro-diagnostic.

Il y a donc, si l'on compare ces processus à ceux des bactéries, et des analogies et des différences qui se trouvent développées dans ma thèse.

En dehors de quelques critiques de détail, cette manière de voir a, du reste, été confirmée, à propos de parasites analogues.

(*Bulletin médical.*)

XVI. — Actinomycose bucco-faciale.

M. Duguet a présenté à l'Académie, en décembre dernier, un malade atteint d'actinomycose bucco-faciale. Ce même malade, qu'il présente de nouveau, est aujourd'hui complètement guéri.

Il s'agit d'un homme de 34 ans, blanchisseur, possédant un cheval qu'il soigne lui-même. A la fin du mois de septembre 1895, il ressent, au niveau de la deuxième petite molaire droite inférieure, qui est cariée, une sorte de gêne, puis apparaît une tuméfaction ressemblant à une fluxion dentaire. Il se forme enfin un abcès, puis un deuxième et un troisième.

Vers le milieu d'octobre, il se produit un resserrement des mâchoires

qui s'accentue de plus en plus et rend la mastication difficile. La dent est extirpée, mais l'affection continue à évoluer, et il se forme de nouveaux abcès. Le 15 décembre, la joue présente une rougeur vineuse intense, et çà et là des rugosités et des ulcérations. La pression fait sortir des grumeaux de pus; empâtement qui s'étend jusqu'au périoste, lequel n'est pas intéressé.

On essaie d'abord la médication antisyphitilique qui ne donne aucun résultat. On pense alors à l'actinomycose, et le diagnostic se trouva vérifié par l'examen microscopique. Le traitement ioduré (jusqu'à 5 grammes par jour) et les injections de teinture d'iode au niveau de la lésion produisirent une amélioration rapide. En juin la guérison était complète.

(*Indépendance médicale.*)
G. V.

XVII. — Résection extracranienne totale du nerf maxillaire supérieur.

Par M. le docteur Gross,
Professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Le résultat thérapeutique de la névrectomie pour les cas de névralgie des différentes branches du nerf trijumeau sera d'autant plus satisfaisant que la résection aura porté sur un point plus rapproché de l'origine de ces branches. Aussi les opérations en faveur actuellement sont-elles la résection extracranienne à la base du crâne et la résection intracranienne avec extirpation du ganglion de Gasser.

I

Proposée en 1884 par Ewing Mears (de Philadelphie), pratiquée pour la première fois par William Rose, après lui par Victor Horsley, l'*extirpation du ganglion de Gasser* a été étudiée surtout par Krause, Doyen, Poirier, Quénu, Gérard-Marchant, qui, par des voies différentes, ont réussi son exécution. On ne saurait disconvenir qu'il s'agit d'une opération grave. Krause la qualifie même : d'opération terrible. Les comptes rendus parlent d'hémorragies par blessure et difficulté de ligature de l'artère méninge moyenne, par déchirure des veines de la dure-mère, par ouverture du sinus caverneux. Plusieurs opérations ont dû rester inachevées et n'ont pu être reprises qu'après un, deux et même trois jours (Krause). Fowler est allé jusqu'à proposer la ligature préalable de l'artère carotide externe pour éviter l'hémorragie par le tronc ou les branches de la méninge moyenne. Parmi les accidents pouvant compliquer l'opération, Krause et Gérard-Marchant citent encore la déchirure de la dure-mère, la blessure des branches nerveuses qui cheminent dans la paroi externe du sinus caverneux, la compression du cerveau soit directe, soit par refoulement du liquide céphalorachidien. Dans la statistique relevée par ces auteurs, l'extirpation par la voie ptérygoïdienne compte 6 morts sur 29 opérations, soit une mortalité de 20.68 %; l'opération par la voie temporale, 11 morts (dont 3 discutables) sur 66 opérations, soit une mortalité de 22.12 %.

Une intervention aussi grave ne saurait être pratiquée pour une névralgie du nerf maxillaire supérieur. Son opportunité ne peut être discutée que dans les cas de névralgie trifaciale généralisée.

Pour pratiquer la *névrectomie extracranienne* du nerf maxillaire supérieur à la base du crâne, Krönlein et, après lui, Israel, Rydygier, Madelung ont réséqué temporairement l'arcade zygomatique, qu'ils ont rabattue vers le bas avec le muscle masséter, puis l'apophyse coronoïde de la mâchoire inférieure qu'ils ont, au contraire, relevée vers le haut avec le muscle temporalle. Le procédé de Krönlein ne convient guère que pour les cas où il s'agit de sectionner à la fois les nerfs maxillaires inférieur et supérieur. Pour diviser le nerf maxillaire supérieur à la sortie du crâne au trou grand rond, Lücke et, après lui, Lossen et Braun ont pénétré par la fosse ptérygo-maxillaire, dont ils ont facilité l'accès moyennant la résection temporaire de l'arcade zygomatique. C'est le procédé que Segond a adopté et décrit dans sa communication au quatrième Congrès de chirurgie, que Chalot, Février et Guinard ont également employé.

Quoi qu'on en ait dit, l'opération de Ségond n'est pas toujours d'une exécution aisée. Le nerf qu'il s'agit d'atteindre est au fond d'une cavité singulièrement profonde, « tant et si bien, dit Segond lui-même, que dans la grande majorité des cas il est impossible de rien voir ». C'est à l'aide d'un crochet à strabisme, poussé à fond jusqu'aux limites les plus profondes de la fente ptérygo-maxillaire, que l'opérateur doit atteindre le nerf, l'accrocher et le ramener à la vue. Tous ceux qui ont pris la peine d'étudier la manœuvre sur le cadavre ont reconnu la grande difficulté de la prise du nerf. Chalot déclare que la recherche du nerf lui a toujours paru difficile. Février dit avoir répété plusieurs fois l'opération, et ce n'est que sur un sujet grêle, à ossature délicate, qu'il a reconnu nettement le cordon nerveux. Dans une opération pratiquée sur le vivant, il n'a pu distinguer le nerf au milieu des tissus chargés avec lui par le crochet.

Si la prise du nerf avec le crochet enfoncé au fond de la fente ptérygo-maxillaire est difficile et doit se faire sans voir, y a-t-il au moins un moyen de la vérifier ? « Il suffit, dit Segond, de saisir le nerf sous-orbitaire à son point d'émergence, et de lui imprimer des mouvements de traction. Ceux-ci se transmettent au crochet qui a chargé le nerf maxillaire dans la fente ptérygo-maxillaire, et le moindre doute ne saurait subsister. » La recommandation est juste, mais il ne faut pas oublier qu'on peut avoir à traiter des malades qui ont déjà subi antérieurement une névrectomie au niveau du trou sous-orbitaire. Donc, la manœuvre de vérification n'est pas toujours applicable. Il en a été ainsi dans le cas suivant.

II

En mars 1896 s'est présenté à ma clinique un homme de cinquante et un ans, vigneron, et qui, depuis six ans, souffrait d'une névralgie sous-orbitaire du côté droit. En 1895, un de mes collègues lui a pratiqué la section du nerf au niveau du trou sous-orbitaire, avec arrachement du bout central. Il en est résulté un soulagement sensible ; la douleur a cessé pendant six semaines environ ; puis la récidive est survenue. Je propose la névrectomie par le procédé de Segond.

L'opération est pratiquée le 31 mai. Je fais une incision le long du bord supérieur de l'arcade zygomatique, depuis son extrémité postérieure jusqu'au point de jonction de la portion verticale et de la portion horizontale du rebord osseux qui limite la fosse temporale en bas et en avant ; je prolonge l'incision obliquement en bas et en avant sur la face externe de l'os malaire, jusqu'au point d'intersection du rebord inférieur de cet os et du bord antérieur du masséter. L'aponévrose

épicranienne est divisée au ras de l'os, et le périoste malaire au niveau de la branche descendante de l'incision tégumentaire. Avec la scie à chaîne je sectionne l'os malaire obliquement, aussi en avant qu'il est possible, et je le renverse en arrière et en bas par un mouvement brusque qui fracture l'arcade au niveau du col de l'apophyse zygomatique. Cela fait, je récline le muscle temporal en arrière, et j'enlève fragment par fragment, à l'aide d'une pince à forcipressure, le tissu graisseux qui remplit la fente ptérygomaxillaire ; celle-ci bien mise à découvert, je porte le crochet à strabisme bec en l'air sur la tubérosité postérieure de l'os maxillaire, je le pousse au fond de la fosse; je le tourne vers le haut et en avant vers la fente sphéno-maxillaire, puis je le retire.

Malgré toute mon attention, je ne réussis pas à voir le nerf; je répète plusieurs fois la manœuvre, toujours avec le même insuccès; une fois, cependant, j'éprouve une certaine résistance à la traction; croyant tenir le nerf, je donne un coup de ciseau au delà du crochet.

Pour vérifier si le nerf est bien coupé, je cherche à mettre à découvert son extrémité terminale au trou sous-orbitaire. J'incise les téguments et les parties molles à son niveau. Impossible de trouver le nerf; il avait été sectionné et arraché antérieurement. Peu satisfait de mon opération, conservant le plus grand doute sur son résultat et résolu à tout faire pour soulager mon malade, je change séance tenante de plan opératoire, et je me décide à découvrir tout le trajet du nerf depuis le trou sous-orbitaire jusqu'à la fente sphéno-maxillaire. C'était avoir recours au procédé de résection du nerf maxillaire supérieur de Kocher (de Berne).

Après avoir prolongé mon incision sous-orbitaire vers le dehors jusqu'à la faire rejoindre les premières incisions, je dégage rapidement par quelques coups de rugine la partie externe du plancher de l'orbite, et, à l'aide du ciseau, je le divise à partir du trou sous-orbitaire, d'avant en arrière, jusque dans la fente sphéno-maxillaire ; d'un deuxième trait de ciseau, je contourne l'apophyse externe du maxillaire supérieur, et divise la paroi externe du sinus maxillaire jusqu'en arrière, de manière à rejoindre le trait fait au plancher de l'orbite; enfin, je porte le ciseau sur le point de jonction fronto-malaire, et le fais pénétrer jusque dans la fente sphéno-maxillaire. Cela fait, je luxe vers le bas et le dehors tout le segment externe de la mâchoire, ainsi libéré; le sinus maxillaire est largement ouvert. J'aperçois aussitôt le nerf maxillaire supérieur dans toute la longueur de son trajet depuis la partie antérieure du canal sous-orbitaire jusqu'en arrière dans la fosse ptérygo-maxillaire. Je saisis le nerf avec une pince à forcipressure et, tirant sur lui, je m'aperçois qu'il avait bien été coupé dans le cours de ma première opération. Je l'extrais sans difficulté. Les parties osseuses sont ensuite remises en place; un point de suture rétablit la continuité de l'arcade zygomatique. Enfin, je réunis les téguments, sauf au point le plus déclive où je place quelques drains capillaires.

Cette première opération m'avait montré la grande facilité avec laquelle, grâce à la résection temporaire de la partie externe de la mâchoire supérieure, on mettait à découvert le nerf maxillaire supérieur; j'avais la conviction qu'en pratiquant méthodiquement cette résection préliminaire, il devenait aisé d'exciser toute la longueur du nerf depuis le trou sous-orbitaire jusqu'à la base du crâne. Je m'étais promis d'agir de la sorte à la première occasion. Le hasard de la clinique ne tarda pas à me l'offrir.

En juillet dernier m'est adressée une femme de cinquante ans qui, depuis l'âge de vingt-deux ans, souffrait de crises de névralgie sous-

orbitaire de plus en plus fréquentes et intenses. Il y a quatre mois, ces crises acquirent une violence extrême. Un de mes confrères fait d'abord la névrotomie, un peu plus tard la névrectomie au niveau du point d'émergence du nerf par le trou sous-orbitaire. Les crises se reproduisent toujours. Le 13 juillet, je résèque le nerf maxillaire supérieur en me conformant strictement aux préceptes de Kocher.

Je fais aux téguments la même incision que pour découvrir le nerf à sa sortie par le trou sous-orbitaire, mais je la prolonge vers le dehors, en passant sur la partie inférieure du corps de l'os malaire jusqu'à l'arcade zygomatique. Je découvre le trou sous-orbitaire et quelques ramifications nerveuses qui en émergent.

Vers le dehors, l'incision des parties molles passe au-dessus de l'insertion des muscles zygomatiques, que je détache et récline vers le bas; je fais de même pour la partie antérieure du masséter que je sépare de l'os malaire. A l'aide de la rugine, je dégage le corps de l'os malaire et je le sectionne au ciseau. La face antérieure et la face orbitaire du maxillaire sont ensuite dénudées et divisées d'avant en arrière, depuis le trou sous-orbitaire le long du canal sous-orbitaire, jusque dans la fente sphéno-maxillaire; toujours avec le ciseau, je sectionne la face externe du maxillaire, en partant du trou sous-orbitaire pour contourner l apophyse zygomatique et me diriger vers en arrière, de façon à rejoindre le trait de section du plancher de l'orbite. Enfin, je coupe l'angle supérieur de l'os malaire pour le séparer de l'os frontal, et, dirigeant le ciseau en arrière dans la direction de la fente sphéno-maxillaire, j'abats la crête zygomatique du sphénoïde

Saisissant alors l'os malaire avec le davier érigne d'Ollier, je le luxe vers le haut et en dehors; le sinus maxillaire apparaît largement ouvert. Cela fait, je récline soigneusement vers le haut la graisse de l'orbite : le nerf maxillaire supérieur se montre aussitôt à découvert sur la lèvre interne de la section du plancher orbitaire. Je saisis le nerf avec une pince à forcipressure aussi en arrière qu'il est possible et, tirant modérément sur lui, je le divise aussi loin que je peux contre le trou grand rond, puis je l'enlève d'arrière en avant. L'os malaire et la paroi externe du sinus maxillaire sont remis en place et les téguments suturés sans drainage.

Les suites immédiates chez mon premier opéré ont été troublées par des accidents de suppuration, dus à une infection post-opératoire par le trajet du drain pendant le premier pansement qui avait été fait dans la salle même des malades. L'opéré conserva, durant trois mois environ, une fistule suppurante qui ne s'est fermée qu'après élimination d'une petite lamelle de l'os malaire. Chez ma deuxième opérée, la réunion s'est faite *per primam* et les suites opératoires ont été absolument simples. Quant au résultat thérapeutique il est irréprochable jusqu'à ce jour (un an pour le premier opéré, neuf mois pour le second). Chez l'un comme chez l'autre, il n'y a pas la moindre douleur.

II

L'opération de Kocher est peu connue. Mes deux observations me permettent d'affirmer que son exécution est aisée. Elle appartient aux procédés sinusaux; elle ouvre le sinus maxillaire par le côté antéro-externe. En opérant aseptiquement, le fait n'a pas d'importance. Il n'en a même pas eu pour mon premier malade, chez lequel, cependant, il y a eu suppuration d'une partie au moins du foyer opératoire. Un fait communiqué au Congrès français de chirurgie de 1895, par Lentz (de

Metz), montre également que l'ouverture du sinus maxillaire ne présente aucun inconvénient.

L'opération de Kocher offre le très grand avantage de permettre l'excision à ciel ouvert, par conséquent facile et sûre, de toute l'étendue du nerf maxillaire supérieur, ganglion de Meckel y compris. J'estime donc, pour ma part, que l'opération de Kocher est le procédé de choix pour la névrectomie du nerf maxillaire supérieur. Krause partage cette manière de voir, et récemment Jonnesco et Juvara ont décrit une opération analogue.

L'opération de Kocher est plus précise que la névrectomie ptérygo-maxillaire de Segond; elle me semble indiquée dans tous les cas de névralgie grave de la deuxième branche, où les rameaux postérieurs sont atteints; la névrectomie antérieure la plus largement faite et voire même l'*extraction* de Thiersch, en grand honneur en Allemagne, ne sauraient atteindre le même but.

On sait que Thiersch découvre le nerf au niveau du trou sous-orbitaire, et en saisit solidement le bouquet terminal avec une pince spécialement construite à cet effet. Il imprime à la pince un mouvement de torsion très lent d'un demi-tour par seconde, et moins encore, de façon à produire une élongation progressive qu'il continue jusqu'à rupture du nerf dans le canal sous-orbitaire. La torsion est faite ensuite en sens inverse jusqu'à ce que les ramifications terminales cèdent à leur tour.

On détermine de la sorte la rupture du nerf à 30 ou 35 millimètres, et même plus, du trou sous-orbitaire, ainsi que l'arrachement du bouquet des ramifications périphériques jusque dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, avec, d'après Krause, les filets anastomotiques du facial, comme le prouvent l'ecchymose qui apparaît après l'opération à l'angle de la bouche, sous la muqueuse labiale, et la parésie consécutive des muscles de la lèvre supérieure et de l'aile du nez. J'ai eu récemment recours à la méthode de Thiersch chez une femme qui souffrait d'une névralgie sous-orbitaire depuis de longues années. La rupture du tronc s'est faite à 4 cent. 1/2 du trou sous-orbitaire; les ramifications terminales ont été arrachées jusque dans l'épaisseur de la lèvre supérieure, où s'est produit de la parésie et une ecchymose étendue. Le soulagement a été immédiat, et la guérison s'est maintenue depuis.

Thiersch, et après lui Angerer, Helferich, ont publié des statistiques très encourageantes sur les résultats obtenus par la méthode de l'arrachement; d'après Krause, les effets seraient moins satisfaisants. Sur 10 malades ayant subi 18 opérations d'extraction, il n'en relève que 3 sans récidive, et les opérations ne datent que d'un an et d'un an et demi. Il compte 15 malades qui avaient été traités d'après la méthode de Thiersch par d'autres chirurgiens, 2 qu'il avait opérés lui-même, et chez lesquels il a dû pratiquer consécutivement la névrectomie à la sortie du crâne ou l'extirpation du ganglion de Gasser. Krause ajoute, il est vrai, qu'il n'a eu à traiter que des cas très graves, mais il insiste sur le fait que l'examen des nerfs arrachés montre de la façon la plus évidente que l'exérèse ne porte même pas sur le nerf dentaire antérieur, à plus forte raison sur les nerfs dentaires postérieurs. L'expérimentation sur le cadavre lui a appris qu'on ne pouvait atteindre ces derniers qu'en saisissant le nerf dans l'orbite. Si donc par la méthode de Thiersch on arrive à extirper la majeure partie des ramifications terminales du nerf maxillaire supérieur, on ne peut espérer arracher une longueur suffisante du tronc. Krause va même jusqu'à affirmer que l'arrachement de Thiersch n'est pas supérieur à la névrectomie simple

au trou sous-orbitaire. Sans être aussi sévère, j'estime cependant que, si le procédé de Thiersch permet l'extirpation du bouquet terminal des branches sous-orbitaires et d'une longueur parfois fort importante du tronc du maxillaire supérieur, il faudra toujours, pour atteindre les branches profondes, attaquer le nerf à la base du crâne.

Pour les raisons précédemment indiquées, le procédé de Lossen-Braun et Segond me paraît devoir céder la place au procédé de Kocher, qui, permettant de faire à ciel ouvert et sûrement l'extirpation de toute la partie extra-cranienne du nerf, donnera toujours, au point de vue des résultats définitifs, une sécurité plus grande que la simple section ou la résection forcément restreinte du nerf au fond de la fente ptérygo-maxillaire.

(*Semaine médicale* n° 27.)

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

I. Un cas de dent surnuméraire dans la cavité nasale. — II. Nigritie de la langue. — III. Papillome du voile du plalais.

I. — Un cas de dent surnuméraire dans la cavité nasale.

Une malade, âgée de vingt-trois ans, se présente, en mai 1895, à la policlinique du professeur Rossi, à Rome, déclarant avoir un fragment d'os mobile au fond du nez. En examinant avec la sonde sa fosse nasale droite, qui était le siège d'un ozène très grave, on constate, en effet, la présence d'un corps dur situé assez profondément à la hauteur du cornet inférieur. On l'extrait, non sans effort, au moyen d'une longue pince de Péan, on l'examine et on constate qu'on a affaire tout simplement à une dent molaire. On fait l'irrigation du nez, ce qui amène à l'entrée des narines deux autres corps étrangers qui, ceux-là, étaient des fragments osseux.

Le père et la mère de la malade sont morts tuberculeux. Elle-même a souffert dans son enfance d'un abcès situé au milieu de la jambe droite, dont il reste encore aujourd'hui des trajets fistuleux donnant issue à une sécrétion épaisse et fétide. Il y a neuf ans, elle fut atteinte de lupus de la région cervicale, guéri après trois années de traitement, mais ayant laissé des cicatrices vastes et profondes. Aucune trace de syphilis congénitale ou acquise.

En 1883, elle commence à souffrir d'une abondante sécrétion du nez, dont elle reporte l'origine à un coup, du reste peu violent, qu'elle reçut sur le dos du nez. Jusqu'en 1887, elle se faisait soigner, sans succès, par plusieurs médecins qui, à plusieurs reprises, lui avaient extrait du nez des fragments d'os auxquels ils ne firent aucune attention. En 1887, elle abandonna le traitement, et, depuis cette époque, elle a réussi à extraire elle-même du nez plusieurs fragments semblables à ceux extraits par les médecins. En 1883 encore apparut une dent surnuméraire, située au-dessus de la deuxième molaire gauche, dans le repli gingivo-labial. Cette dent persista jusqu'en 1893 ; l'apparition de la dent surnuméraire fut bientôt suivie d'une douleur le long de la ligne d'implantation de toutes les dents supérieures du côté gauche; la douleur alla en s'accentuant jusqu'en 1887, et rendait parfois la mastication impossible.

Les moitiés droite et gauche du maxillaire inférieur et la moitié droite du maxillaire supérieur présentent chacune sept dents parfaitement normales (deux incisives, une canine, quatre molaires). La moitié gauche du maxillaire supérieur ne possède que six dents recouvertes d'une très épaisse couche de tartre: la première incisive implantée dans le repli gingivo-labial et tournée vers la bouche, la deuxième incisive peu développée ; la canine est normale, implantée un peu au-dessous du repli gingivo-labial, à direction externe ; viennent ensuite la deuxième petite molaire et deux grosses molaires. Quant à la première petite molaire, elle était probablement représentée par cette dent surnuméraire, qui apparut en 1883 et tomba en 1893.

Au-dessus de la première molaire se trouve un petit orifice, et entre la canine et la petite molaire s'en trouve un autre, communiquant tous les deux avec deux orifices semblables situés sur le plancher de la fosse nasale droite, le premier à un demi-centimètre, le second à un centimètre de l'entrée du nez. Les deux orifices sont tapissés d'une muqueuse normale. Le pilier antérieur droit, plus large que le gauche, est percé en son milieu d'un orifice à bords lisses.

Le nez est en selle. La cloison cartilagineuse et les deux cornets inférieurs sont détruits. Les cornets moyens sont petits. Le plancher de la fosse nasale droite présente, à la profondeur de la portion horizontale du palatin, des granulations fongueuses avec érosions de la muqueuse. C'est là que siégeait la dent molaire externe. Rhinite purulente avec ozène grave qui furent soumis au traitement ordinaire. Les dents de la moitié gauche du maxillaire supérieur furent extraites et remplacées par un appareil de prothèse.

Nous avons dit que la dent extraite de la cavité nasale droite était une première petite molaire. Quant aux deux fragments osseux qui vinrent après, ils furent reconnus à l'examen comme étant des racines de dents; les dents auxquelles ces racines appartenaient furent probablement extraites par morceaux pendant la période 1883-1887. Il y avait donc dans la cavité nasale, à une époque donnée, trois dents surnuméraires.

Trois hypothèses ont été émises pour expliquer l'apparition de dents surnuméraires dans la cavité nasale:

1° Le germe dentaire exécutant autour de lui-même une rotation d'un demi-cercle, la couronne se trouve renversée et se développe vers le plancher de la fosse nasale; la dent manquera alors dans la file normale des dents du maxillaire supérieur;

2° Le germe dentaire se trouve dans le nez avant que la fissure palatine soit soudée ; la dent se développera donc dans le nez, et sera surnuméraire ;

3° La dent arrive dans le nez en traversant l'antre d'Highmore.

L'auteur trouve qu'aucune de ces hypothèses n'explique suffisamment son cas, où il y avait trois dents surnuméraires. Il ajoute donc aux hypothèses ci-dessus les suivantes:



1° La persistance des dents de lait empêche l'éruption normale des dents permanentes, leur fait prendre une direction anormale et peut, dans ce cas, favoriser le développement d'une vraie dentition dans la cavité nasale :

2° Quand des dents surnuméraires apparaissent à l'époque de la deuxième dentition physiologique, elles sont également obligées de prendre la direction indiquée au n° 1. Et comme dans le cas dont il s'agit les dents du maxillaire supérieur avaient tous les caractères de dents permanentes, l'auteur exclut la première hypothèse. Reste la seconde.

A ce propos, l'auteur rappelle les observations de Kœlliker (1863) sur le développement du sac dentaire : ce dernier se formait dans l'intérieur de la muqueuse, aux dépens de ses couches les plus superficielles. C'était une papille de la membrane muqueuse (papille de la dent ou pulpe), surmontée de son épithélium de revêtement (organe de l'émail), le tout entouré d'une enveloppe fournie par tous les éléments de la muqueuse (sac dentaire proprement dit). Quant à ce que Waldeyer a appelé le *col de l'organe de l'émail*, c'est, selon Kœlliker, la part destinée à la constitution de l'organe de l'émail pour les dents permanentes. Ces prolongements (germes secondaires de l'émail) partent de ce col de l'organe de l'émail, deviennent indépendants et se transforment en follicules des dents stables. En retournant à la seconde hypothèse de l'auteur, on peut supposer que, dans la dentition surnuméraire, il peut s'agir :

1° Soit de germes secondaires de l'émail formés en plus grand nombre ;

2° Soit d'une activité prolongée des follicules des dents de lait, dont les germes secondaires de l'émail seraient une dérivation ;

3° Ou bien, enfin, prenant pour analogie les dents dites de sagesse qui, sans être précédées de dents de lait, dérivent probablement des germes indépendants, on peut admettre que les germes de la dentition surnuméraire se formeraient d'une façon semblable.

L'auteur exclut dans son cas toute possibilité de syphilis, les destructions partielles du nez, limitées d'ailleurs à des parties cartilagineuses, s'expliquant, d'après lui, par la dentition surnuméraire et les troubles amenés par elle.

(*Rev. hebd. de Laryngologie.*)

II. — Nigritie de la langue

M. Rostovtzeff (*Bolnitch. Gaz. Botkina*). La langue noire est une affection assez rare. Décrite pour la première fois par Roger en 1835, elle a ensuite été étudiée par un grand nombre d'auteurs français et étrangers. L'affection consiste en une coloration anormale de la muqueuse linguale, allant du brun foncé au noir absolu. Elle commence souvent sous forme de petites plaques circulaires qui envahissent peu à peu toute la surface de l'organe ou bien restent isolées. A l'examen de cet enduit, enlevé par léger raclage et mis dans l'eau, on voit qu'il est formé par des filaments plus ou moins longs, qui ne sont autre chose que les papilles filiformes très allongées et colorées en brun foncé ou en noir ; l'épithélium qui les tapisse présente la même coloration. L'affection se développe chez des sujets bien portants et, le plus souvent, n'occasionne aucun trouble ; d'autres fois, elle s'accompagne d'odeur fétide de l'haleine, de sécheresse de la bouche, d'irritabilité de la muqueuse buccale, et parfois la perception des sensations gustatives devient douloureuse. La salive est de réaction acide. La nigritie de la langue marche parfois de pair avec la dyspepsie. Elle a été observée dans les deux sexes, le plus souvent à l'âge adulte ; mais elle peut se rencontrer aussi chez l'enfant. Quant à sa cause, plusieurs auteurs considèrent la nigritie comme une hyperkératose ; pour d'autres, c'est une maladie parasitaire, et Ciaglinski et Hewelke ont décrit, dans l'enduit noir, un champignon de la moisissure, le « mucor niger » ; ils distinguent deux formes de nigritie : une aiguë, due à un champignon, et l'autre chronique, où il y a simplement hyperkératose des papilles avec atrophie de l'épithélium.

M. Rostovtzeff rapporte 2 nouveaux cas de cette affection, développée chez des sujets bien portants d'ailleurs. La couche noire enlevée se

présentait sous forme de longs filaments de couleurs et de longueurs inégales. Les plus longs ont jusqu'à 1 centimètre; le diamètre est à peu près celui d'un cheveu; les filaments plus courts sont plus clairs, tandis que les plus longs sont beaucoup plus foncés.

A l'examen histologique, on voyait que les filameuts avaient une structure cellulaire et n'étaient représentés que par les papilles filiformes très allongées, et même plutôt par l'épithélium de ces papilles. Traités par l'alcool ou la potasse caustique, ils se laissaient facilement dissocier et se présentaient sous forme de groupes de cellules avec protoplasma pâle ou jaunâtre, sans noyau, et, entre ces cellules, se trouvaient des amas finement granuleux, formés par des cocci très petits, des bâtonnets courts et d'autres plus longs, enfin par des corpuscules ronds et ovalaires. Les bactéries filiformes étaient de beaucoup les plus nombreuses; les corps ovalaires étaient disposés, le plus souvent, tout autour des papilles. Sur aucune des préparations, l'auteur n'a trouvé de champignons de la moisissure. L'examen des cultures a démontré qu'on avait affaire à des microorganismes normaux de la cavité buccale; les filaments n'étaient qu'une variété de cladothrix, tandis que les corpuscules ronds et ovalaires représentaient une levure. L'inoculation des corpuscules et des filaments du même malade (quand sa langue avait repris sa couleur normale) à un autre sujet, bien portant a donné des résultats négatifs.

Chez le premier de ces malades, après une durée de dix-huit mois environ, la lésion commença à diminuer lentement d'étendue, lorsque, trois ou quatre mois plus tard, tout d'un coup, la langue, le voile du palais et la voûte palatine devinrent douloureux; les piliers, la luette, le voile du palais et une partie de la voûte palatine devinrent très rouges et se couvrirent de nombreuses pustulettes, dont on trouvait aussi quelques-unes sur la langue, où elles étaient comme incluses dans les proliférations noires. En même temps, ces proliférations piliformes se détachaient peu à peu spontanément, et par la spatule, les papilles fongiformes mises ainsi à nu étaient douloureuses et saignaient facilement. Au bout de dix jours, pendant lesquels on fit des badigeonnages des régions atteintes avec de la glycérine phéniquée, la langue se détergea complètement et devint tout à fait normale. Une année plus tard, la coloration noire revint de nouveau pour disparaître à l'occasion d'une dysenterie pendant laquelle le malade prenait beaucoup de bismuth. Après sa disparition, on ne trouvait plus dans la salive ni de cladothrix ni de champignons de la levure. Chez le deuxième malade la coloration noire se montrait par moments, puis disparaissait sans cause appréciable; elle ne s'accompagnait d'aucun trouble, ni de sensations pénibles. Fait important à signaler : les deux malades étaient des époux; dans ce cas, l'auteur a également trouvé des cladothrix et de la levure.

En se basant sur les cas publiés jusqu'ici par d'autres et sur ses deux observavtions personnelles, l'auteur conclut que *l'hypertrophie de l'épithélium de revêtement des papilles filiformes* constitue le caractère le plus important de la nigritie de la langue, les cas de mycosis décrits par Ciaglinski, Hewelke et Sendziak étant tout à fait exceptionnels à cause de l'absence de cette hypertrophie.

Les causes de cette hypertrophie sont diversement interprétées: les uns (Raynaud, Dessois) lui attribuent une origine mycosique; les autres (Dinkler, Podvissotzky) ne considèrent la couche noire que comme une simple hyperkératose des papilles due à la prédisposition individuelle, à des irritants (le tabac) ou à la dyspepsie. Malgré les résultats négatifs que lui a donnés l'inoculation, Rostovtzeff est plutôt enclin à adopter l'hypothèse parasitaire, car la transmission plus que probable par le

premier malade à sa femme prouve la contagiosité de l'affection ; les cas publiés par M. Lancereaux semblent également parler en faveur de cette théorie, car, là aussi, l'affection fut transmise à d'autres sujets. Quant aux rapports de la nigritie avec la dyspepsie, l'auteur croit plutôt que la dyspepsie, si elle existe, est consécutive aux fermentations anormales de la bouche, puisque, dans presque tous les cas de nigritie, on avait constaté la réaction acide de la salive. Le cladothrix et la levure isolés par l'auteur coloraient toujours un peu les milieux de culture; il est donc probable que les parasites jouent un certain rôle dans la coloration noire de l'enduit, bien que celle-ci soit due en partie à l'hyperkératose même.

Le traitement consistera à enlever l'enduit et à badigeonner la muqueuse avec des antiseptiques ou des caustiques légers.

III. — Papillome du voile du palais (W. Scheppegrell).

Les papillomes du voile du palais s'observent plus souvent que d'autres néoplasmes dans cette région. Bien qu'ils s'attachent à n'importe quelle partie du voile, c'est à la luette que se trouve leur point d'attache dans la majorité des cas. Ils sont de nature bénigne, et dans plus d'une douzaine de cas observés par moi, ils ne causaient que peu ou pas d'irritation, et dans certains cas les malades ignoraient leur existence.

Les papillomes du palais varient de grosseur depuis l'excroissance presque imperceptible jusqu'à la grosseur de 3/4 de pouce de diamètre dans le cas rapporté par Lefferts (*Transactions of the American Laryngological Association*, 1889) Le diagnostic présente peu de difficultés ; le papillome à l'aspect blanchâtre, mou, en mamelon, est facilement reconnaissable, et le microscope vient confirmer le diagnostic, lorsqu'il y a un doute sur la nature du néoplasme. Le cas suivant est intéressant, à cause de la grosseur du néoplasme, de la longueur du pédicule, et parce que, malgré tout, il ne causait aucune gêne ni aucune irritation et que la malade ne se doutait nullement de son existence.

Il s'agit d'une demoiselle de 21 ans, qui était venue me consulter pour une perforation du tympan. En examinant la gorge, par routine, j'aperçus une tumeur attachée au voile du palais, près de la luette, par un pédicule de quinze millimètres. Le pédicule a des mouvements considérables, parfois en parlant et en avalant il disparaît, parfois il pend en avant de la luette ou se fixe entre les piliers.

La tumeur formait une boule aplatie de neuf millimètres de diamètre. Je l'enlevai à l'anse froide, et quinze jours après il n'existait plus aucune trace de sa présence sur le palais.

L'examen microscopique a confirmé le diagnostic : c'était un papillome.

Dans le cas qui suit, le papillome était attaché au voile du palais, presque au même endroit ; mais, malgré son faible volume (trois millimètres) et le peu de longueur de son pédicule, il produisait une irritation considérable.

Homme, dix-huit ans. Toux irritable depuis deux mois, quand il se couche, durant une heure ou deux.

A l'examen, on voit une excroissance pendant près de la luette. Cette excroissance ne paraît pas le gêner pour parler ni pour avaler. Tout d'abord, elle semblait attachée à l'extrémité de la luette, mais en la faisant remuer avec une sonde, on voit que son point d'attache est situé plus haut sur le voile du palais. Appliquant une solution de cocaïne à 1/10, je saisis le papillome avec une pince angulaire et je tranchai le pédicule avec des ciseaux à son point d'attache. Dix jours plus tard l'irritation avait disparu. (*Pratique médicale.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU CHLORHYDRATE D'EUCAÏNE.

M Nuel, chargé par l'Académie de médecine de Belgique de faire un rapport sur un travail présenté par M. A. Ver Eecke (de Gand), vient de faire connaître les conclusions principales de ce travail, qui sont les suivantes :

« Chez la grenouille et chez les animaux à sang chaud, l'eucaïne ralentit et finalement arrête le cœur, non pas en excitant le centre modérateur médullaire, mais surtout en paralysant les centres moteurs intracardiaques, accessoirement aussi en altérant la fibre cardiaque.

« L'eucaïne abaisse la pression sanguine ; la dépression est d'autant plus forte et plus longue que la dose injectée est plus considérable. Cet abaissement de la pression sanguine reconnaît pour cause principale une vaso-dilatation.

» D'autre part, l'eucaïne excite le centre respiratoire bulbaire ; cette excitation est un effet direct de l'alcaloïde, et non le résultat d'un défaut d'oxygène, encore moins d'une surcharge d'acide carbonique.

» Les doses fortes et toxiques de chlorhydrate d'eucaïne finissent par paralyser le centre respiratoire ; cette paralysie n'est pas un effet direct de l'eucaïne, mais tient à l'asphyxie que provoquent les convulsions eucaïniques. Ces convulsions déterminent l'asphyxie par défaut d'oxygène et surtout par surcharge d'acide carbonique. Chez l'animal chloralisé des doses ultramortelles entraînent la mort. »

M. Ver Eecke a aussi constaté qu'il y a antagonisme entre l'action de l'hydrate de chloral et celle du chlorhydrate d'eucaïne. C'est ainsi que l'injection sous-cutanée d'hydrate de chloral supprime rapidement, et l'injection intraveineuse instantanément, les convulsions eucaïniques.

L'injection simultanée d'hydrate de chloral et d'eucaïne à dose convulsivante empêche les convulsions de se produire.

La choralisation de l'animal permet d'administrer impunément des doses d'eucaïne dépassant notablement la dose mortelle de l'empoisonnement simple.

L'antagonisme entre l'hydrate de chloral et l'eucaïne est physiologique et non chimique ; aussi cet antagonisme n'est-il pas réciproque.

Pour ce qui est du traitement de l'empoisonnement par le chlorhydrate d'eucaïne administré à dose mortelle, on peut combattre cette intoxication en luttant, au moyen de la respiration artificielle, contre l'asphyxie provoquée par les convulsions ; mais ce traitement est aléatoire et le plus souvent inefficace. Il est préférable de recourir aussitôt à l'action antagoniste de l'hydrate de choral, lequel ne doit pas être administré au delà de la dose hypnotique. Il ne faut pas oublier que l'eucaïne et le chloral sont tous les deux des poisons du cœur.

A PROPOS DES EUCAÏNES.

A la séance du 9 juin de la *Société de Thérapeutique,* le secrétaire général lit, au nom de M. Schmidt (de Nancy), une note dont voici le résumé :

L'eucaïne *A* est moins toxique que la cocaïne pour le cobaye.

La variété d'eucaïne *B* est beaucoup moins toxique que la variété *A*.

Comme anesthésique local, l'eucaïne est considérablement inférieure à la cocaïne, et il ne semble pas qu'il y ait à ce point de vue une différence entre le type *A* et le type *B*.

Si, en raison de sa toxicité moindre et de ses effets thérapeutiques équivalents, l'eucaïne *B* semble supérieure à l'eucaïne *A*, aucune des deux ne paraît appelée à détrôner la cocaïne ; mais, dussent-ils ne recevoir aucune application médicale, les deux nouveaux produits synthétiques n'en présenteraient pas moins, au point de vue pharmacologique, un réel intérêt.

(*Sem. médicale*, nº *28.*)

Le borol.

(*Nouvel antiseptique.*)

Le borol est, d'après M. H. Jaeger, un antiseptique puissant, dont l'action serait trois fois plus énergique que celle de l'acide phénique.

La solution aqueuse modérément concentrée a une saveur aigrelette et légèrement astringente. Au titre de 2 à 10 0/0, elle tuerait en peu de temps les spores de la pustule maligne, les vibrions du choléra, le staphylococcus pyogenes aureus, ainsi qu'il résulte de la communication des droguistes MM. Vogtenberger et Focher, de Fenerbach.

MM. Vopelins et Golliner ont voulu faire du borol un antiseptique général, encouragés dans leurs tentatives par la non-toxicité de ce produit.

Ils l'ont administré par la voie gastrique à des adultes et à des enfants, dans différentes maladies septiques, spécialement dans la septicémie aiguë, l'érysipèle, la méningite cérébro-spinale épidémique.

Le médicament est facilement accepté par les malades, mais n'a pas jusqu'ici donné de résultats bien concluants.

Au contraire, à l'extérieur, en lotions, applications, pansements, le borol rend de très grands services et semble devoir remplacer les sels hydrargyriques, sur lesquels il a l'avantage de n'être ni caustique ni toxique.

Voici comment on formule le borol :

Solution.

Borol	1 à 2 gr.
Eau stérilisée	100

En lavages dans les affections des muqueuses (diphthérie, ozène, blennorragie.)

Solution.

Borol	50 gr.
Eau stérilisée	1000

Pour tous les usages chirurgicaux.

Gouttes.

Borol	20 gr.
Eau distillee	100

X à XX gouttes chez l'enfant, XXX à L gouttes chez les adultes, à administrer toutes les 4 heures, dans une boisson autre que du lait, car le lait se prend en caillots sous l'action du borol.

(*Gaz. hebdomad.*, 11 avril 1897.)

Traitement local des douleurs névralgiques (Sabattini).

A.

Menthol	ãã	1 gramme
Gaïacol		
Alcool absolu		18 grammes

M.

Frictions légères à l'aide d'un pinceau sur la région douloureuse ; recouvrir de ouate. Répéter au besoin deux ou trois fois par jour.

Le météthyle, nouvel anesthésique local.

Le météthyle est un anesthésique local, nouvellement préparé par le docteur G. Henning, de Berlin. C'est un liquide limpide, incolore, mobile et de réaction neutre; son odeur rappelle de loin celle du chloroforme ; sa saveur est à la fois sucrée et brûlante ; il est miscible à l'alcool, l'éther et le chloroforme et brûle avec une flamme colorée en vert sur les bords, sans laisser de résidu.

L'analyse montre qu'il renferme une grande quantité de chlorure d'éthyle, avec un peu de chlore de méthyle et de chloroforme. Son point d'ébullition est de 10° 5 ; le point de solidification = 30°; le poids spécifique = 0,9173 à 4°. Les alcalis le décomposent en alcool, acide chlorhydrique et acide formique.

Coloration des solutions antiseptiques.

La *Gazette hebdomadaire* vient de publier un article dans lequel le docteur Maurange signale avec raison les dangers que peuvent occasionner les solutions de substances antiseptiques toxiques qui sont délivrées par les pharmaciens sans avoir été colorées.

Déjà cette question a été soulevée par le *Bulletin médical* en 1894 (voir *Répertoire de Pharmacie*, année 1894, page 492), et, en analysant l'article du *Bulletin médical*, nous avions fait remarquer qu'il serait facile d'éviter les dangers d'empoisonnement, si les médecins voulaient bien prendre l'habitude de faire colorer les solutions de substances antiseptiques toxiques qu'ils prescrivent; nous faisions observer que le pharmacien ne pouvait prendre sur lui de colorer ces solutions, lorsqu'il se trouvait en présence d'une formule détaillée ne comportant aucun colorant, le décret relatif aux paquets de sublimé ne visant que les *paquets et les solutions ordonnés par les sages-femmes*, et non *les paquets et les solutions ordonnés par les médecins*.

Dans son article, M. Maurange insiste auprès de ses confrères pour les inviter à ne jamais prescrire une solution antiseptique toxique sans avoir indiqué l'addition d'une matière colorante.

Il propose, pour la coloration des solutions de sublimé, les colorants suivants:

Violet de méthyle à 1/20............	1 goutte	pour	1 litre.
Bleu Nicholson à 1/100............	2	—	—
Carmin d'indigo à 1/100............	50	—	—
Vert malachite à 1/100............	5	—	—

Pour les solutions d'oxycyanure de mercure :

Solution d'hélianthine saturée.......	20 gouttes	pour	1 litre.
Aniline orange à 1/20............	3	—	—
Fluorescéine à 1/20............	4	—	—

Pour les solutions d'acide phénique :

Fuchsine à 1/100............	2 gouttes	pour	1 litre.
Eosine à 1/100............	10	—	—
Safranine à 1/100............	4	—	—

Pour les solutions de nitrate d'argent, M. Maurange propose de prendre les mêmes colorants que pour les solutions de sels de mercure.

L'eau boriquée, l'eau naphtolée, qui ne sont pas toxiques, pourraient être délivrées sans colorant. Quant au sulfate de cuivre et au perman-

ganate de potasse, il ont leur couleur propre qui colore leurs solutions.

L'idéal serait, d'après M. Maurange, qu'une coloration identique fût adoptée universellement, au moins pour les antiseptiques usuels ; on pourrait prendre, par exemple, pour le sublimé, le bleu ou le vert bleu ; pour l'oxycyanure de mercure, l'orange; pour l'acide phénique, le rose; pour le nitrate d'argent, le jaune opalescent.

Dans cet ordre d'idées, il y a assurément quelque chose à faire, et nous pensons que le prochain Codex pourrait contenir une prescription spéciale concernant la coloration des solutions de substances antiseptiques toxiques ; mais, en ce qui nous concerne, nous proposerions de ne recourir qu'aux couleurs bleues, vertes et jaunes, qui ne sont jamais les couleurs propres aux liquides absorbés ordinairement commes boissons.

Le Codex pourrait ordonner aux pharmaciens de colorer toutes ces solutions, même en cas de silence du médecin.

(*Répertoire de pharmacie* n° 6, *juin* 1897.)



REVUE DE L'ÉTRANGER.

LES OBTURATIONS COMBINÉES.

Par M. Moyer, de Galt (Canada).

Je crois aux obturations combinées quand elles peuvent être employées comme il convient et quand il y a un espace suffisant ou une profondeur de cavité suffisante pour ces obturations.

Les combinaisons avec l'or sont la feuille cohésive avec la feuille non cohésive, 1 à 2, la seconde pliée dans la première. Les changements thermiques ne sont pas aussi pénibles, le foulage se fait plus aisément, on obtient une aurification plus solide et de meilleurs bords qu'avec chacun de ces ors, quand il est seul.

Or et étain. — La seule obturation qui puisse peut-être exclure les bactéries. Indiquée pour les cavités profondes des dents postérieures, où la dentine a perdu de sa valeur. En employant l'or seul, la dent peut ne pas être conservée. L'étain, étant plus mou, s'adapte plus aisément aux parois de la cavité, surtout au bord cervical. On peut alors ajouter de l'or ou de l'or et de l'étain par couches alternatives. On obtient ainsi une meilleure adaptation, l'humidité dans la dentine molle oxyde le métal, l'oxyde stannique remplit les canalicules et couvre la surface de la dentine d'un revêtement insoluble, et la carie est impossible ; c'est plus économique.

Or et amalgame. — Un des meilleurs moyens pour les grandes cavités dans les dents de structure ordinaire, particulièrement quand les cavités dépassent de beaucoup au-dessous de la gencive.

La partie visible de l'obturation en or, le reste en amalgame. Si l'on obture en une seule séance, employer la matrice, et passer d'abord quelques couches d'or avec une bande de peau d'agneau.

Si c'est en deux séances, dans la première ajouter l'amalgame ; dans la seconde pratiquer des points de rétention dans l'amalgame et ancrer ainsi l'or. Deux séances sont nécessaires pour les incisives. Utilité : meilleure adaptation, la dentine ne cède pas comme dans l'emploi de chacun de ces métaux séparément, on gagne du temps, c'est plus économique et plus durable.

Or et oxyphosphaste ou oxychlorure. — L'obturation suprême pour les grandes cavités coronaires dans des positions où l'opérateur peut aisément parvenir. Presser la feuille dans le ciment mou pour l'ancrage, ou laisser le ciment durcir, et y faire des points et des rainures pour l'ancrage. Utilité : adaptation parfaite, s'harmonisant mieux avec la structure des dents que l'or ; économie de temps, de patience, de la substance de la dent et d'or ; empêchement que les changements thermiques causent de la douleur à la pulpe.

Amalgame et ciment. — Obturation presque parfaite pour les cavités profondes des dents postérieures, quand le patient ne paye pas l'or ou quand la cavité est d'un accès difficile. Employer autant de ciment qu'il est possible, sans couvrir les bords de la cavité, en laissant un ancrage suffisant pour le revêtement d'amalgame. Utilité : adaptation parfaite, peu ou point d'effets des changements thermiques ; le ciment adhère aux parois de la cavité et retient l'obturation avec le minimum de fraisage ; économie et commodité pour le patient ; on emploie moins d'amalgame ; par suite, il y a moins de changement de forme.

Ciment et gutta-percha. — Quand les cavités s'étendent au-dessous du bord gingival, couvrir le fond de la cavité et le bord cervical avec de la gutta-percha, et empêcher la formation d'un espace entre l'obturation et la dent, qui a si souvent lieu quand on se sert du ciment seul, en raison de la désagrégation du ciment en ce point.

(*Dominion Dental Journal.*)

DOCUMENTS PROFESSIONNELS.

CONGRÈS DENTAIRE NATIONAL

SESSION DE 1897.

Le bureau central du Congrès dentaire national de 1897 s'est réuni sous la présidence de M. le Dr Rosenthal. Après lecture de la décision prise par la Société des dentistes du Rhône, il a été arrêté que la session de 1897 se tiendrait à Paris, lors des séances de réouverture des cours des écoles dentaires.

SOCIÉTÉ DES DENTISTES DU RHONE ET DE LA RÉGION.

Assemblée générale du 22 mai 1897.

Présidence de M. le Dr Martin.

Ordre du jour : *Le Congrès dentaire national à Lyon.*

M. le Président expose ainsi la question :

« Vous aurez à vous prononcer tout à l'heure sur l'opportunité de la réunion du Congrès dentaire à Lyon en 1897. Permettez-moi de vous retracer l'historique de la question pour que vous puissiez délibérer en toute connaissance de cause. Je vous rappellerai que, lors de la fondation du Congrès dentaire, à sa première session siégeant à Bordeaux, l'assemblée générale décida que les réunions ultérieures suivraient d'une façon très régulière celles du Congrès français de médecine et se tiendraient à la même date et dans la même ville que celui-ci. C'est pour ce motif et à juste titre que, malgré l'importance du groupement scientifique lyonnais, la seconde session se tint à Nancy l'année suivante en même temps que la troisième session du Congrès de médecine.

» Cette décision, prise par les fondateurs, avec un grand discernement des conditions de succès de notre Congrès, était de nature à assurer l'importance des sessions ultérieures, en les rapprochant d'une réunion médicale avec laquelle nous avions tout intérêt à nous associer.

» Nous ignorons quelles sont les raisons qui amenèrent le bureau du Congrès de Nancy ou la Commission d'organisation à faire voter à l'assemblée un changement aussi radical dans l'organisation de notre Congrès. Cette proposition fut acceptée par l'assemblée de Nancy, malgré les justes observations qu'un de nos confrères lyonnais crut devoir présenter contre elle.

» Peu de temps après la session de Nancy, j'eus l'occasion d'échanger quelques réflexions avec l'un des membres de la Commission des congrès et je crus de mon devoir de lui exposer dans quel embarras nous mettait la décision prise à Nancy. Je lui fis remarquer que, nous reposant sur la première résolution prise à Bordeaux, personne à Lyon n'avait envisagé pareille éventualité ; que je savais avec certitude que beaucoup d'entre nous avaient déjà pris leurs dispositions pour quitter notre ville à cette époque, et que, pour ma part, j'étais de ceux-là.

» Je fis remarquer, en outre, que le Congrès de Moscou, qui comprend une section d'odontologie et se tient à la même époque, attirerait un grand nombre de nos confrères français et surtout étrangers, ce qui serait certainement au détriment du Congrès dentaire lyonnais. J'ajoutai que, ces conditions ne nous permettant pas d'espérer réunir le plus grand nombre possible de nos confrères, nous jugions inacceptable le Congrès proposé. Il me fut répondu que la Commission générale devait se réunir prochainement et que mes observations lui seraient soumises.

» Pour ne rien omettre, je dois vous dire que M. Godon, dans une des lettres qu'il échangea avec le secrétaire de notre Association, parla de façon incidente du Congrès de Lyon ; cette lettre date du 12 décembre, et, à ce moment, nous n'avions aucune connaissance des décisions qui avaient pû être prises par la Commission, et on ne pouvait pas prévoir si sa majorité persisterait à nous imposer le Congrès malgré nos observations.

» N'ayant reçu par la suite aucune indication nouvelle, j'étais en droit

de conclure que mes observations avaient été prises en considération et que le projet de la réunion à Lyon avait été abandonné.

» Les choses en étaient là lorsque, le 31 mars, je reçus l'avis officiel que le Congrès se tiendrait à Lyon au mois d'août. Surpris de cette décision inattendue, j'écrivis immédiatement une lettre amicale à M. Lecaudey, président de la Commission, en lui représentant qu'il nous serait impossible de prendre part au Congrès, étant donné le peu de temps dont nous disposions tant pour son organisation que pour notre préparation personnelle.

» Dans sa réponse, M. Lecaudey me confirma simplement la décision de la Commission en m'assurant que, d'après ses renseignements, il était certain que nous avions été prévenus de la décision prise à Nancy.

» Or vous savez que nous n'avons connu cette décision que par le compte rendu des journaux après le Congrès ; que, n'ayant eu, avant la réunion de Nancy, aucune connaissance qu'on dût y proposer une modification au règlement, nous n'avions pu ni délibérer, ni présenter au Congrès nos observations, ce que nous n'aurions pas manqué de faire si nous avions été prévenus.

» Nous eûmes donc lieu d'être surpris en recevant si tardivement l'avis officiel de la décision définitive de la Commission. Quelques jours plus tard, l'explication de ce retard devait nous être donnée.

» Voici sans doute ce qui s'était passé :

» La première Commission nommée par le Congrès de Nancy avait jugé que, en présence de la haute importance internationale du Congrès de Moscou, il y avait lieu de suivre l'exemple du Congrès de médecine et de renvoyer comme lui la prochaine session à l'année 1898.

» Le numéro de mars du journal *L'Odontologie* devait nous révéler que la Commission générale des congrès, au lieu d'accepter la décision de la Commission spéciale, crut pouvoir la blâmer de l'attitude qu'elle avait prise. Devant ce refus, la majorité de celle-ci donna sa démission, y compris le président, M. le Dr Rosenthal. En présence de cette démission, et voulant, malgré tout, organiser le Congrès cette année à Lyon, la Commission générale crut pouvoir se substituer à celle qui avait été nommée par le Congrès de Nancy. Pour atténuer l'irrégularité de cette situation, elle pria les membres de l'ancienne Commission de vouloir bien continuer leurs fonctions avec l'aide de nouveaux membres nommés par la Commission générale et naturellement choisis parmi les personnalités favorables à leur projet et en nombre tel que la majorité leur fût assurée. Grâce à toutes ces précautions, on parvint à réunir une majorité, et telle est la raison d'une détermination si tardive.

» Vous verrez si, en en présence de la situation toute spéciale qui nous est faite, nous pouvons organiser un Congrès dans des conditions favorables dignes du milieu scientifique dans lequel nous vivons, ou si, au contraire, reconnaissant l'impossibilité de donner à ce Congrès, dans les circonstances actuelle l'importance et l'éclat qu'il doit avoir dans notre ville, nous devons nous refuser à accepter la mission d'organiser le Congrès. »

A la suite de cet exposé une discussion s'engage entre les membres présents et la Société vote par 20 voix sur 21 votants l'ordre du jour suivant proposé par le président :

« La Société des dentistes du Rhône, réunie en assemblée générale le 22 mai 1897, considérant que :

» 1° Le Congrès des dentistes français devant se tenir régulièrement à la même époque et dans la même ville que le Congrès français de médecine ;

» 2° Malgré cette décision, Lyon a été choisi cette année, alors que le prochain Congrès de médecine doit avoir lieu à Montpellier;

» 3° Un Congrès médical international comprenant une section d'odontologie sera tenu à Moscou à l'époque choisie pour celui de Lyon;

» 4° La désignation de notre ville a été faite sans l'avis préalable et sans l'assentiment des dentistes lyonnais;

» 5° Cette décision inattendue parmi nous ne nous laisse pas la possibilité d'organiser cette année le Congrès à Lyon dans des conditions suffisantes de succès et de participation de tous les membres locaux;

» Décide qu'elle ne prendra pas part au Congrès de 1897 et qu'elle ne peut assumer la responsabilité de sa préparation. D'autre part, si la Commission générale des congrès croit pouvoir en modifier la marche, Lyon serait très heureux d'avoir le Congrès en 1898.

» La Société décide, en outre, d'envoyer aux journaux professionnels et aux journaux de Lyon l'exposé des motifs qui lui ont fait prendre cette décision. »

Nous ne voulons pas répondre de point en point au rapport de l'honorable président de la Société des dentistes du Rhône; nous nous bornons à faire remarquer que toute l'argumentation du Dr C. Martin repose sur deux erreurs, l'une de fait, l'autre d'appréciation.

Erreur de fait. — Le Congrès de Bordeaux n'a pas décidé de suivre les congrès de médecine. Si celui de Nancy a proposé Lyon, c'est parce qu'il venait d'apprendre la création récente d'un groupe lyonnais et afin de lui faire honneur ainsi qu'à la deuxième ville de France.

Erreur d'appréciation. — La commission du Congrès n'a pas été renforcée par une majorité destinée à noyer les votes des membres priés de retirer leur démission; c'est au contraire sur la demande de ces derniers que cette mesure a été prise, et les décisions arrêtées dans la nouvelle commission l'ont été à l'unanimité des membres présents (anciens ou nouveaux).

Si nous ajoutons qu'à Nancy la convocation des dentistes de la région fut faite, l'an passé, à peu près à la même époque qu'ont été faites cette année les démarches près de la Société de Lyon, et que la commission de 1897 avait décidé d'avancer ou de reculer la session de Lyon de quelques jours, afin de permettre aux congressistes qui le désireraient d'aller à Moscou, nous ne voyons pas ce qu'il peut subsister des raisons invoquées par la Société des Dentistes du Rhône.

Nous n'insistons pas, nous avons relevé ces erreurs sans aigreur, voulant simplement rétablir la vérité au nom du Bureau central. Ce bureau est décidé à éviter toute polémique fâcheuse et à poursuivre énergiquement l'œuvre si féconde des Congrès annuels en convoquant tous les travailleurs de bonne volonté, à quelque groupe qu'ils appartiennent, à s'unir à lui pour mener à bien la session de 1897 qui se tiendra à Paris, à l'époque de réouverture des cours des écoles dentaires.

Edmond Papot,
Vice-Président du Bureau central.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES

Dentisterie opératoire.

Dates.	Professeurs.	Démonstrations.
20 novembre 1896	MM. Ronnet	Emploi de l'or Odonto.
21 —	Lemerle	Or et aurification.
22 —	Ronnet	Emploi de l'or Odonto.
7 décembre 1896	Chauvin	Aurifications.
18 —	Barrié	Nettoyages.
23 —	Ronnet	Aurification à l'or Odonto.
24 —	Chauvin	Dents à pivot.
14 janvier 1897	—	—
19 —	Heïdé	Différents moyens d'isoler les dents.
21 —	Chauvin	Aurification à l'or mou.
24 —	Barrié	Rotation sur l'axe d'une petite incisive supérieure gauche.
26 —	Heïdé	Aurification à l'or adhésif.
30 —	Lemerle	Travail à pont.
13 février 1897	—	Dents à pivot.
16 —	Heïdé	Coiffage de la pulpe.
19 —	Barrié	Emploi des divers ciments : Friese, Harvard, Marfil.
23 —	Heïdé	Coiffage de la pulpe.
3 mars 1897	Ronnet	Obturation au verre fondu.
4 —	Chauvin	Fermeture d'une fistule par l'air chaud.
9 —	Heïdé	Fixation d'une couronne en or.
11 —	—	Coiffage de la pulpe et traitement de nécrose palatine.
— —	—	Reconstitution d'une 1re grosse molaire supérieure gauche par la méthode mixte ; or mou, or adhésif.
16 —	—	Fixation d'une couronne en or.
18 —	Chauvin	Aurification interstitielle par l'or mou. Extraction des nerfs sans douleur.
22 —	—	Or mou dans les caries interstitielles.
23 —	Heïdé	Aurification à l'or mou.
25 —	—	Coiffage de la pulpe.
29 —	Chauvin	Aurification à l'or adhésif.
3 avril 1897	Lemerle	Divers degrés de carie.
4 —	Barrié	Pose d'un morceau d'émail.
5 —	Chauvin	Aurification à l'or mou.
15 —	Heïdé	Obturation des canaux.
29 —	—	Redressement immédiat. Rotation sur l'axe.
7 mai 1897	Ronnet	Coiffage de la pulpe en une séance.
26 —	—	Fixation d'un morceau d'émail.
29 —	Lemerle	Aurification à l'or de Trey.

Clinique

Dates.	Professeurs.	Leçons cliniques.
21 novembre 1896	MM. Blocman	Diagnostic.
20 janvier 1897	Bonnard	Périostite aiguë,
22 —	Touchard	Eucaïne.
25 —	Dr Roy	Dent d'Hutchinson.
30 —	Blocman	Gingivite.
5 février 1897	Bonnard	Manifestations de la carie du 3e degré.
— —	Touchard	Eucaïne.
6 —	Blocman	Fistules dentaires.
8 —	Dr Roy	Syphilis.
10 —	Bonnard	4e degré soigné en une séance par le chloroforme.
11 —	Fr. Jean	Périostite.
12 —	Touchard	Eucaïne.
17 —	Bonnard	Gingivites.
22 —	Dr Roy	Epithélioma.
4 mars 1897	Fr. Jean	Le diaanostic.
8 —	Dr Roy	Extraction de la dent de six ans.
11 —	Fr. Jean	Accidents d'extractions.
14 —	Touchard	Eucaïne.
15 —	Dr Roy	Dentition secondaire. Accidents oculaires.
17 —	Bonnard	Fracture des dents.
19 —	Touchard	Extractions.
22 —	Dr Roy	Cas de clinique.
26 —	MM. Touchard	Eucaïne.
2 avril 1897	—	Fistule dentaire.
3 —	Blocman	Fistules.
5 —	Dr Roy	Ouverture accidentelle d'un sinus.
12 —	—	Névralgie des bords alvéolaires.
14 —	Bonnard	Accidents d'éruption de la dent de sagesse.
23 —	Touchard	Maladies de la bouche et des dents.
26 —	Dr Roy	Syphilis buccale. Ostéo-périostite du maxillaire inférieur.
1er mai 1897	Blocman	Diagnostic.
30 —	Dr Roy	Gommes syphilitiques du maxillaire supérieur. Enlèvement d'un séquestre en résultant.

Clinique de prothèse.

Dates.	Professeur.	Démonstrations.
19 novembre 1896	M. Martinier	Fracture double du maxillaire inf.
—	—	Appareil contentif.
décembre 1896	—	Examen et préparation de la bouche
14 janvier 1897	—	Prise des empreintes.
—	—	Substances : indications, contre-indications.
21 —	—	Fracture double du maxillaire supérieur. Appareils destinés à maintenir la réduction.
4 février 1897	—	Diffusions congénitales de la voûte palatine et du voile du palais.

4 février 1897	M. Martinier	Appareils extenseurs des maxillaires.
18 —	—	Pose d'un appareil. Empreintes pour réparations buccales.
4 mars 1897	—	Rotation sur l'axe. Indications et discriptions d'appareils orthopédiques destinés à y remédier.
11 —	—	Pose de coiffes destinées au rehaussement de l'articulation, élongation et renforcement des dents.
18 —	—	Extraction des dents atteintes d'anomalies de siège.
8 avril 1897	—	Prise d'empreinte pour restauration du maxillaire inférieur.
15 —	—	Différents moyens employés pour obtenir l'articulation naturelle.
29 —	—	Pose d'un appareil pour restauration du maxillaire inférieur.

CONCOURS POUR DEUX PLACES DE PROFESSEURS SUPPLÉANTS DE CLINIQUE.

Art. 1er. — Le Conseil de direction de l'Ecole Dentaire de Paris décide l'ouverture d'un concours pour deux places de professeurs suppléants de clinique. Ce concours commencera le dimanche 12 septembre 1897, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole Dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne. A cette séance le jury procédera à l'examen des titres des candidats et communiquera une liste de huit questions parmi lesquelles il en sera tiré une le 20 septembre pour la dissertation écrite.

Jury.

Art. 2. — Le jury du concours se compose de cinq membres : le Directeur de l'Ecole, président; un professeur docteur en médecine, deux professeurs de clinique, un professeur de dentisterie opératoire.

Un délégué du Conseil de direction assiste aux opérations du jury.

Épreuves.

Art. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve écrite* sur un sujet tiré au sort dans une série de huit questions portées à la connaissance des candidats, huit jours à l'avance. Ces questions leur seront données dans la première séance :

La question à traiter sera tirée au sort le lundi 20 septembre, à 8 heures du soir. Trois heures seront accordées pour le travail, qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Les compositions seront lues en présence du jury, le mardi 21 septembre, à 8 h. 1/2 du soir;

2° *Des épreuves clinique* comprenant : *a*) UNE LEÇON ORALE sur un ou deux malades, au choix du jury ; le candidat aura une demi-heure pour faire l'examen du malade, en présence d'un membre du jury, et une demi-heure pour exposer les résultats de son examen (diagnostic, étiologie, marche, pronostic et indications thérapeutiques);

b) UNE ÉPREUVE PRATIQUE, comprenant l'exécution, sur le malade, de deux opérations indiquées par le jury et pouvant se faire séance tenante.

Les deux épreuves cliniques seront subies à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris, le jeudi 16 septembre, à 9 heures du matin;

3° *Un cours fait oralement* pendant trois quarts d'heure sur un sujet donné par le jury.

Le candidat aura trois jours pour la préparation de ce cours et pourra, en le faisant devant le jury, s'aider de livres ou de notes.

Le sujet de ce cours sera donné à l'issue de l'épreuve précédente, le 16 septembre 1897 ; il aura lieu le dimanche 19 septembre, à 9 heures du matin.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus dont le maximum est de :

Titres des candidats	Titres universitaires	5	45
	Titres dentaires (démonstrateurs, chefs de clinique, etc.)	20	
	Travaux scientifiques, publications	20	
Dissertation (épreuve écrite)			30
Épreuves cliniques	L'examen d'un ou de deux malades au choix du jury	20	40
	Épreuve pratique	20	
Cours (épreuve orale)			40
		Total :	155

Minimum fixé par la commission : 115 points.

Ce minimum obtenu ne donne pas droit à la nomination.

Les points de titres des candidats seront fixés au début de l'examen avant la première épreuve.

A la fin de chaque épreuve les points obtenus seront proclamés.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est prononcée et proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury de concours, la Commission d'enseignement entendue.

Conditions d'admission au concours.

Art. 7. — *a*) Être âgé de 28 ans au moins.

b) Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine.

c) N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

d) Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

e) Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours par demande écrite, contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

f) Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste, et avoir rempli pendant trois ans au moins les fonctions de chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

CONCOURS POUR TROIS PLACES DE CHEF DE CLINIQUE.

Art. 1er. — Un concours pour trois places de chef de clinique, pour le dimanche, le mardi et le jeudi, est ouvert à l'Ecole dentaire de Paris. Ce concours commencera le dimanche 3 octobre 1897, à 9 heures du matin, au siège de l'Ecole, 45, rue de La Tour d'Auvergne. Le jury procédera, dans cette séance, à l'examen des titres des candidats et communiquera une liste de huit questions parmi lesquelles il en sera tiré une le lundi 11 septembre pour la dissertation écrite.

Jury.

Art. 2. — Le jury se compose de quatre membres : le directeur de l'Ecole, président ; un professeur titulaire de clinique, deux professeurs suppléants de clinique.

Un délégué du Conseil d'administration assiste aux opérations du jury.

Épreuves.

Art. 3. — Le concours comporte :

1° *Une épreuve clinique* : *a*) comprenant l'examen d'un malade et l'explication clinique de l'affection, le diagnostic, l'étiologie, la marche et les indications thérapeutiques.

Le candidat aura trois quarts d'heure pour examiner son malade et donner ses conclusions.

b) Une opération d'urgence à exécuter sur le malade ou sur tout autre choisi par le jury ; cette épreuve sera subie le mercredi 6 octobre à 9 heures du matin ;

2° *Une dissertation* sur un sujet tiré parmi huit questions, qui seront portées à la connaissance des candidats huit jours à l'avance, lors de la première séance le 3 octobre 1897. Cette épreuve sera subie le lundi 11 octobre, à 8 heures du soir, au siège de l'Ecole ; deux heures seront accordées pour ce travail qui devra être fait sans s'aider de livres ou de notes. Il sera lu et soutenu devant le jury le mardi 12, à 8 h. du soir.

Classement.

Art. 4. — Le classement des candidats sera établi par le nombre de points obtenus, dont le maximum est de 85 points répartis comme suit :

Titres des candidats	Titres universitaires	5	35
	Titres dentaires	10	
	Travaux scientifiques	20	
Épreuve clinique			20
Epreuve écrite			30
			85

Minimum fixé par la commission : 60.

Les points de titre seront donnés par le jury d'examen avant la première épreuve. Les points obtenus seront donnés à la fin de celles qui suivront.

L'obtention du minimum ne donne pas droit à la nomination.

Nomination.

Art. 5. — La nomination est proclamée par le Conseil de direction de l'Ecole, d'après les rapports adressés par le jury du concours, la Commission d'enseignement entendue.

Conditions d'admissions au concours.

Art. 6. — Être âgé de 25 ans au moins.

Jouir de ses droits civils et politiques dans le pays d'origine.

N'avoir subi aucune peine disciplinaire sévère dans une Ecole dentaire ou établissement similaire.

Faire partie de la Société civile de l'Ecole dentaire de Paris.

Avoir fait acte de candidat huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par demande écrite contenant l'énumération des titres et qualités, ainsi que l'engagement de satisfaire aux obligations inhérentes au poste faisant l'objet du concours, d'après les règlements en vigueur.

Posséder le diplôme de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste et avoir rempli pendant deux ans au moins les fonctions de démonstrateur de l'École dentaire de Paris.

Toutes les épreuves sont publiques, sauf celle sur titres. Les élèves en cours d'études ne peuvent y assister.

VARIA.

LES DROITS DU CONCIERGE.

La deuxième chambre du tribunal civil de la Seine a jugé le lundi 17 mai une affaire fort amusante et intéressant tous ceux qui exercent la profession de dentiste. Il s'agissait de savoir si oui ou non il y a préjudice causé lorsqu'un concierge donne de mauvais renseignements sur l'un de ses locataires et qu'il engage les clients qui se présentent à s'adresser à un concurrent du dit locataire.

Voici les faits tels qu'ils ressortent des débats.

Il y a quelques mois, M. D .. chirurgien-dentiste, sous-louait à M. P... un appartement sis dans le quartier de la Madeleine: moyennant 20.000 francs, M. D... achetait, outre les droits au bail, la clientèle du cabinet.

Cependant, loin d'affluer, la clientèle de M. P... s'obstinait à ne pas fréquenter le cabinet de son successeur. Assez intrigué sur les causes de ce fait, M. D... se mit à observer certaines allures de ses concierges, allures louches et suspectes. Il avait vu en effet par la fenêtre de son appartement que certaines personnes, de lui inconnues, pénétraient dans le couloir d'entrée de la maison après avoir regardé la plaque de marbre clouée sur le côté de la porte cochère, puis sortaient quelques minutes après sans être montées jusque chez lui.

Il envoya quelques amis chez son concierge, pour se rendre un compte exact de ce qui se passait. Le concierge donna dans le panneau : « Comment, vous allez chez D...! (*sic.*) Mais c'est un bourreau, un charcuteur (Je ne garantis pas exactement les termes). On entend d'ici ses clients hurler. D'ailleurs, il a augmenté tous ses prix, et le cabinet, qui ne désemplissait pas du temps de ce bon M. P..., est devenu un désert. Personne n'ose s'y frotter. Vous feriez bien mieux d'aller chez M. X... qui demeure tout à côté. Il

vous soignera très bien et il ne vous prendra pas cher. Surtout, dites-lui que vous venez de ma part. Tenez, voilà son nom et son adresse par écrit ».

Les raisons pour lesquelles le concierge haïssait ainsi son locataire étaient au nombre de deux : l'une, d'ordre général, ayant rapport aux devoirs communs à tous les concierges, ne nous intéresse pas ; mais l'autre mérite d'être signalée, car elle éclairera peut-être certains dentistes sur ce qui se passe dans leurs salons d'attente, et ce, à leur insu.

Quand un client craignait d'attendre trop longtemps son tour, il donnait cent sous aux concierges pour faire la queue à sa place : le (ou la) concierge montait comme s'il était un client, s'avançait de chaise en chaise jusqu'à la porte de l'opérateur, et, le moment venu, on téléphonait à la personne intéressée qui accourait aussitôt pour relever le (ou la) concierge de sa faction. Et le tour était joué.

Un beau jour, une cliente dit à M. D... : « Vraiment, vous avez bien fait de ne pas recevoir la vieille bonne femme qui était tout à l'heure dans le salon d'attente. Si vous eussiez touché à sa bouche avant la mienne, le dégoût m'aurait pris, et je ne sais si j'aurais pu rester ici plus longtemps ». Immédiatement M. D... signifia à son concierge et à sa femme qu'il ne voulait plus qu'ils vinssent chez lui à l'heure des clients.

Les époux D... se vengèrent en exerçant à l'égard de leur locataire les procédés que l'on sait.

Me Clément, qui plaidait pour la défense, a beau s'écrier : « Vous ne pouvez pas cependant exiger des concierges qu'ils fassent de la réclame pour l'usurier du second, la modiste du troisième et l'opérateur du premier ! Alors faites mettre une plaque devant la maison : Génie à tous les étages ».

« Mais pas du tout, réplique la partie adverse, représentée par Me Bernardeau, nous demandons simplement au concierge d'indiquer l'étage où habite M. D..., et de se récuser pour tous les renseignements concernant l'habileté professionnelle. Et surtout, pour employer vos propres expressions, nous lui demandons de ne pas répondre aux clients qui se présentent : « Génie chez M. X..., rue » Y... » Cela est de toute évidence. »

Aussi le tribunal a-t-il rendu ce jugement que nous publions *in extenso* :

« Le tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi :

» Attendu, etc....

» Attendu que D... prétend que sa clientèle a diminué dans des proportions considérables, et que la cause en provient du fait des concierges, etc.; que, dans ces conditions D... demande 20.000 francs de dommages-intérêts aux époux D..., concierges, et à P..., propriétaire civilement responsable, et demande que ce dernier soit tenu dans les 48 heures du présent jugement de congédier les concierges, à peine de cent francs par jour de retard;...

» Attendu que les certificats démontrent qu'à différentes reprises les époux D... ont tenu des propos qui, sans porter atteinte à

l'honneur de D..., sont de nature à éloigner la clientèle et par suite à lui causer un certain préjudice;. .

» Attendu que toutes les circonstances révèlent que les époux D..., INSPIRÉS PAR UN ESPRIT DE VENGEANCE, ont cherché à nuire à D..., et que les certificats sont l'expression de la vérité;

» Attendu que le préjudice causé par le fait des concierges est de peu d'importance et qu'ils ne sauraient être rendus responsables de la perte de la clientèle, laquelle peut tenir à d'autres causes tout à fait exclusives de l'intervention des concierges;

» Attendu que les meilleurs renseignements sont fournis sur les époux D... par les autres locataires, et notamment par le prédécesseur de D... lui-même;

» Que, dans ces conditions, en allouant à D... 500 francs de dommages-intérêts, le tribunal estime qu'il aura fait réparation du préjudice subi,

» Par ces motifs :

» Condamne les époux D..., et P..., comme civilement responsable, à payer à D..., conjointement et solidairement, 500 francs à titre de dommages-intérêts,

» Rejette la demande de congédiement,

» Condamne P... et les époux D..., sous la même solidarité, à tous les dépens. »

Comme on le voit, le jugement est un peu normand : ni oui, ni non. Néanmoins, c'est un précédent à retenir.

ED. L...,

Licencié ès lettres, sténographe.

CORRESPONDANCE.

Nous recevons la lettre suivante :

« Monsieur le Directeur de l'*Odontologie*,

» L'allocution que j'ai prononcée à la Société des dentistes du Rhône et dans laquelle je reprochais aux écoles libres de Paris d'avoir fait repousser le projet d'organisation de l'enseignement de l'art dentaire par l'Etat a soulevé de vives protestations.

» Pour répondre à ces dernières, j'ai dû rechercher les textes sur lesquels j'appuyais mes paroles, et le compte rendu du Congrès de Bordeaux me les a fournis. J'ai dû reconnaître que l'Ecole odontologique n'avait rien fait contre le projet de réforme de l'enseignement, et il en résulte que l'Ecole dentaire de Paris est seule à supporter toute la responsabilité du rejet de la proposition du Gouvernement.

» Tout d'abord je dois déclarer que jamais je n'ai voulu désigner aucune personnalité parmi des confrères dont les efforts pour élever le niveau de notre profession ont droit à toute notre estime. Aussi ai-je regretté qu'on ait interprété dans un mauvais sens

l'expression dont je me suis servi. J'ai voulu faire remarquer seulement que l'échec du projet du Gouvernement avait pour origine l'opposition d'une minorité qui n'aurait pas dû oublier qu'il existe aussi des dentistes en province. Ces derniers constituent, à mon avis, une majorité respectable, digne de la sollicitude du Gouvernement, et qui a le droit aussi de faire connaître ses aspirations et ses désirs.

» Il est probable que, si les hommes politiques influents, qui, dans une touchante unanimité, ont fait repousser le projet de réforme, avaient approfondi leur enquête, leur opinion se serait modifiée et ils auraient sans doute pu juger entre l'intérêt de tous et l'intérêt de quelques-uns.

» Si je suis partisan convaincu de l'enseignement de l'art dentaire par l'Etat, ce n'est point, comme vous semblez me le dire, que j'y sois guidé par des intérêts personnels ; je suis arrivé à un âge où les ambitions ne déterminent plus les convictions, et, dans ce cas particulier, c'est raisonner à faux que raisonner par analogie.

» Il est facile de dire : « Créez une école libre à Lyon ». L'exemple de l'Amérique ne pourrait que nous en détourner. Si les Américains, passés maîtres en réclame, ont trouvé le moyen d'être tous plus au moins professeurs, les inconvénients de leur système d'enseignement, malgré les heureux changements survenus, sont tels que nous ne pouvons l'accepter ; ce ne serait faire que de la mauvaise copie.

» Si la création de l'Ecole dentaire à Paris a été possible, c'est parce qu'elle venait au moment opportun, mais ce n'est pas sans de grandes difficultés, et le concours de la province n'a pas été inutile, si l'on en croit le *Bulletin du Cercle des Dentistes* de cette époque.

» Le débat survenu entre le Syndicat des chirurgiens-dentistes et l'Assistance publique vient bien à point pour démontrer que, quoi qu'on puisse dire, le mode d'enseignement de l'art dentaire en France est loin d'avoir la confiance qu'il devrait inspirer.

» D'autre part, la compétence du conseil de l'Assistance publique ne saurait être discutée, car mieux que personne elle connaît ses besoins et ses responsabilités, et la résistance de cette Administration est la meilleure critique à opposer à ceux qui ont combattu l'enseignement par l'Etat.

» Veuillez agréer, etc.

» Dr CLAUDE MARTIN.

» Lyon, le 28 mai 1897. »

Après les explications que nous donne M. Martin sur les appréciations, un peu vives, que nous lui avons reprochées, nous pourrions clore cette polémique. Il nous a appris qu'il était un partisan convaincu des écoles dentaires d'Etat, et il persiste dans son opinion; c'est son droit. Il est inutile que nous revenions sur cette question si souvent traitée dans ce journal depuis dix-sept ans; la situation légale des écoles dentaires libres, actuellement en pleine prospérité, est maintenant tranchée; ce point n'a donc plus qu'un intérêt rétrospectif.

Mais M. Martin ajoute à sa réponse quelques insinuations que nous ne pouvons laisser passer sans y répondre.

Il n'existe jusqu'à présent, comme il voudrait le faire croire, aucun antagonisme, entre les dentistes de province et ceux de Paris, sur la question de l'enseignement dentaire. L'Association générale des Dentistes de France, qui, sur 400 membres, en comprend près de la moitié de la province, s'est toujours prononcée depuis sa fondation pour les Ecoles libres, et le Congrès de Bordeaux, qui sur 150 adhérents en comprenait plus de 100 de province, s'est, à une grande majorité, déclaré comme l'Association, en faveur des écoles libres, sur le rapport de Paul Dubois.

Aucune réunion de dentistes de Paris ou de la province n'a, à ma connaissance, formulé d'opinion différente.

Nos délégués représentaient donc la majorité de leurs confrères lorsque, conformément au régime démocratique sous lequel nous vivons, ils portèrent nos vœux à nos mandataires les sénateurs et les députés.

L'enseignement dentaire par l'Etat n'avait jusqu'à présent trouvé en France de défenseurs que dans Magitot et quelques-uns de ses élèves, docteurs en médecine, dentistes depuis longtemps du reste en antagonisme avec les simples dentistes sur bien d'autres questions.

Quant au débat avec l'Assistance publique, il n'a rien à voir dans l'enseignement, puisqu'il ne porte que sur les titres de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste.

Enfin, pour répondre à une dernière insinuation, tous ceux qui ont suivi avec attention la marche de nos affaires professionnelles depuis quelques années, savent que les administrateurs des écoles dentaires ne pouvaient trouver que des avantages personnels à faciliter le succès des combinaisons de l'Administration supérieure en ce qui concerne l'enseignement dentaire, et qu'ils n'ont en cette circonstance été inspirés que par le souci des intérêts généraux de la profession, sentiments pour lesquels M. Martin veut bien leur dire qu'ils ont droit à toute son estime.

Ch. GODON.

NÉCROLOGIE.

PROSPER CHRÉTIEN.

Le 1er mai 1897, s'éteignait, dans sa 59e année, après une longue et douloureuse agonie, Prosper Chrétien, ex-dentiste expert près le tribunal civil de la Seine, commandeur du Lion et Soleil de Perse, ancien membre et ancien trésorier du comité d'organisation et du premier Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris. De nombreux confrères, beaucoup de ses élèves, étaient venus assister à la cérémonie funèbre, célébrée le 4 mai à midi en l'église de la Trinité. L'inhumation eut lieu au Père-Lachaise dans un caveau de famille.

Dans l'affluence considérable de ceux qui apportaient un dernier souvenir à l'honnête homme qui disparaissait et un témoignage de respectueuse sympathie à sa veuve et à ses enfants, nous avons reconnu le docteur Just Lucas-Championnière, le docteur Galippe, les dentistes Duchesne, Goldenstein, Gallay, Godon, directeur de

l'Ecole dentaire de Paris, directeur de l'*Odontologie*; Prud'homme, Maxime Dugit, Bignault, Maillard, Vasseur, directeur du *Monde dentaire*, etc.

Une couronne avait été déposée sur le cercueil, au nom de l'Ecole dentaire et de l'Association générale des dentistes de France, par le surveillant général de l'Ecole dentaire de Paris qui les représentait.

A ce simple hommage à celui qui pendant vingt-cinq ans fut mon maître aimé, je joins mon pieux souvenir dans un dernier adieu.

AUGUSTE CLASER.

M. F. Billet, démonstrateur à l'école dentaire de Paris, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, âgé de 16 ans. Ce jeune homme, studieux et intelligent, comptait se présenter cette année à l'examen pour l'obtention du certificat d'études exigé des étudiants dentistes.

Nous adressons nos bien sincères condoléances à notre malheureux ami, au nom de la Rédaction et des Conseils de direction de l'Ecole dentaire et de l'Association générale des Dentistes de France. Ces deux Sociétés s'étaient fait représenter aux obsèques, qui ont eu lieu le dimanche 13 juin, à Juziers.

Notre confrère M. de Lemos, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être cruellement éprouvé par le décès de sa fille, âgée de 17 ans.

Nous lui adressons en cette triste circonstance l'expression de nos très vifs regrets.

NOUVELLES.

Ier EXAMEN DE CHIRURGIEN-DENTISTE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

QUESTIONS POSÉES PAR M. CORNIL.

Muqueuse de la bouche. — Structure. — Rapports.
Dent. — Partie constitutive.
Email. — Sa transparence. — Situation. — Cavités.
Cément. — Constitution.
Canal de Havers. — Ce qui y passe.
Glandes salivaires. — Nombre.
Glande sub-linguale. — Son conduit.
Langue. — Terminaison des fibres musculaires.
Pupilles de la langue. — Nombre. — Variétés. — Ognons.

Muqueuse. — Caractères différentiels entre celle à épithélioma pavimenteux stratifié et celle à épithélioma cylindrique.

Terminaisons nerveuses. — Variétés. — Mode de terminaison dans l'épiderme. — Terminaisons dermiques. — Terminaison des vaisseaux capillaires. — Terminaison des fibres musculaires de la langue.

Muscles. — Formation. — Nutrition. — Terminaison. — Siège de l'aponévrose. — Muscles *striés*, structure.

Tissus conjonctifs.

Nerf. — Structure. — Division.

Cylindre-axe.

Déglutition.

Muscles du pharynx. — Leurs noms.

Sinus maxillaire. — Surface interne.

Fibres. — Différence entre fibre motrice et fibre sensitive.

Cœur. — Rôle. — Cavités. — Orifices. — Artère pulmonaire. — Contraction du cœur. — Moment de la systole. — Circulation capillaire. — Aorte, branches.

Dentine. — Structure. — Cellules. — Situation. — Rôle. — Implantation dans l'alvéole. — Rapports avec la muqueuse buccale et le tissu osseux.

Poumons. — Leur nombre. — Pénétration de l'air. — Bronches. — Circulation du sang. — Trajet de l'artère pulmonaire. — Sa division au hile. — Dimension des capillaires.

(*L'Indépendance médicale.*)

M. de Launay, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être nommé officier d'Académie.

Nos félicitations à notre confrère.

TRIBUNE OUVERTE.

(RÉPONSES)

Question n° 2. — Après dessication du canal radiculaire, introduire du mastic d'une consistance suffisamment dure pour qu'il n'adhère plus lorsqu'on le malaxe entre les doigts. Se servir de fouloirs ou pointes très propres, de préférence nickelés. On peut également faire une petit boudin de ciment à diamètre plus petit que le canal radiculaire, que l'on introduit comme une tige et que l'on foule ensuite.

C. D.

Question n° 8. — Je fais usage du caoutchouc *Blanc* à vulcaniser de S. S. White ; et j'en suis très satisfait. N.

Question n° 9. — Le maxillaire inférieur de Molière, qui figurait autrefois au musée de Cluny, est actuellement à la Comédie-Française.

Question n° 21. — I. Comme le médecin, le dentiste a absolument raison de faire payer une consultation, même dans le cas où cette consultation n'est pas suivie de soins. Z.

II. En principe, les dentistes devraient faire payer les consultations simples non suivies de traitement, lorsque ce n'est pas un client habituel.

C. D.

Question n° 22. — I. La sensibilité du collet des dents non cariées disparaît généralement après une ou deux applications d'une solution de nitrate d'argent dans l'eau (1 p. 10), mais la partie badigeonnée se colore d'une teinte brune. Il serait intéressant de connaître un meilleur procédé. M. C.

II. Traitement au thermo-cautère.

C. D.

Question n° 23. — Comme ce sont des dispositions transitoires, il existe nécessairement des limites pour chaque cas. Les patentés de 1889 sont probablement dispensés par rang d'ancienneté professionnelle, et la date 1889 est considérée comme limite pour de vieux praticiens.

C. D.

Question n° 24. — I. Avoir en permanence sur la tablette d'opération un brûleur Fletcher ou une lampe à alcool, et passer le miroir et les instruments à la flamme devant les yeux du client.

C. D.

II. Si la *stérilisation effective* a été faite au laboratoire, elle porte en elle-même sa preuve palpable et visible et point n'est besoin de mise en scène pour la faire constater.

Il ne saurait être question, en effet, de *stériliser* les instruments d'une façon utile et vraie, que s'ils ont été préalablement enfermés dans des récépients *ad hoc* d'où ils ne devront sortir *qu'au moment* de l'opération, ce que le client sera toujours à même de constater facilement.

Stériliser des instruments et les remettre dans le tiroir ou la trousse, où ils pourront se contaminer au contact d'autres instruments, ou même être rouillés par les germes de l'air qui ne sont pas toujours inoffensifs, ce serait faire comme un chirurgien qui, au moment d'opérer, se laverait très soigneusement ses mains, et les essuierait ensuite à son tablier. Ce serait se payer de mots et perdre inutilement son temps.

Il est d'ailleurs, si, par un reste ancestral, on tient à la *mise en scène*, un procédé qui n'est peut-être pas d'une efficacité parfaite au point de vue de la *stérilisation absolue*, mais qui constitue un moyen d'*antisepsie* d'une réelle valeur pour le dentiste, *au cours d'une opération* : c'est le flambage à l'alcool.

On devra avoir de l'alcool dans un flacon à large ouverture, y tremper ses instruments, après les avoir rapidement lavés dans une solution antiseptique ou simplement de l'eau bouillie, et les flamber dans cet état. Cela, le client le peut voir et admirer. Deux précautions sont à prendre : avoir de l'alcool à haut titre, 95° ou 90° au moins, afin qu'il brûle plus complètement, et renouveler le liquide à chaque client nouveau, l'alcool ne possédant pas par lui-même de propriétés antiseptiques très énergiques. G. M.

III. Pour faire l'*antisepsie visible* dont vous parlez, le plus simple est de faire, devant le patient, dissoudre quelques parcelles de *permanganate de potasse* dans un demi-verre d'eau. Le client est *assuré visiblement* ainsi que vous pratiquez une antisepsie, en plongeant le miroir à bouche, instruments, etc., etc., dans cette solution préparée spécialement pour lui.

Question n° 25. — Voici deux formules pour l'or de 18 carats de fin :

I

Or pur	28 gr.	»
Cuivre fin	6	20
Argent fin	3	10

II

Monnaie d'or (titre français)	31 gr.	»
Cuivre fin	3	10
Argent fin	3	10

Question n° 27. — I. Gargarisme à :

Hydrate de chloral	10 gr.
Laudanum de Sydenham	5 gr.
Décoction d'althéa	750 gr.

C. D.

II. Après une avulsion dentaire, on peut conseiller des lavages de bouche avec la solution suivante, qu'il faut employer chaude :

℞.	Cloroforme................................	5 gr.
	Chloral cristallisé..........................	10 »
	Eau stérilisée................................	1.000 »
	M.	

Nous ne pouvons donner suite aux questions ou réponses, que si elles sont signées ; mais l'insertion peut avoir lieu sous un pseudonyme choisi par l'auteur.

Nous sommes à la disposition de nos lecteurs pour publier les demandes qui nous seront adressées.

N. D. L. R.

Nous prions les lecteurs dont l'abonnement expire fin juin, d'envoyer le montant de leur renouvellement à l'Administrateur-Gérant, M. Edmond Papot, *et nous les informons que, pour ceux d'entre eux qui négligeraient cette recommandation, des quittances, augmentées de* 0.50 *pour frais de recouvrement, leur seront présentées en juillet par la Poste.*

INDEX ALPHABÉTIQUE